# DER UNVOLLENDETE SUIZID

## Einstellung des Suizidanten zur Tatsache seines Überlebens

Maria Fischer

München 1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0044

# DER UNVOLLENDETE SUIZID

## Einstellung des Suizidanten zur Tatsache seines Überlebens

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES DER PHILOSOPHIE
AN DER LUDWIG-MAXIMILIAN-UNIVERSITÄT ZU MÜNCHEN

vorgelegt von

**Maria Fischer**

München 1981

Referent: Prof. Dr. L. von Rosenstiel
Korreferent: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 23. Juli 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. W. Spann, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, danke ich für die Vergabe des vorliegenden Themas, Herrn Prof. Dr. L. von Rosenstiel vom Institut für Psychologie für die wissenschaftliche Betreuung meiner Arbeit.

Im Klinikum rechts d. I. danke ich dem Chefarzt der Toxikologischen Abteilung, Herrn Priv. Doz. Dr. von Clarman sowie den behandelnden Ärzten.

In der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität München danke ich Herrn Prof. Dr. Hippius und den behandelnden Ärzten, vor allem aber Herrn Prof. Dr. Meyendorf für seine freundliche Hilfe.

Herrn Priv. Doz. Dr. Heuser, Oberstarzt und Leiter der Abt. für Neurologie und Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses München danke ich für seine Beratung.

Die statistischen Berechnungen dieser Arbeit übernahm Herr Thieme vom Institut für Statistik und Biomathematik der Ludwig-Maximilians-Universität, wofür ich ihm sehr zu Dank verpflichtet bin.

Herrn Dr. Blick danke ich für seine stets gewährte Unterstützung bei allen auftretenden Schwierigkeiten.

Meinem Mann danke ich für das Verständnis, das er meiner Arbeit entgegengebracht hat sowie für seine Hilfe bei der Klärung subjektiver Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Kategorien.

Mein Dank gilt besonders auch allen Patienten, die sich zum Gespräch bereit gefunden haben und dadurch diese Arbeit erst ermöglichten.

Ich möchte nicht mehr leben,
Möcht augenblicks verderben,
Und möchte doch auch leben
Für dich, mit dir, und nimmer, nimmer sterben.

(Georg Friedrich Daumer; 1800 - 1875)

"Die meisten Menschen, die Suizidhandlungen begehen, wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig, gewöhnlich das eine mehr - oder viel mehr - als das andere."

(Stengel 1969 a, S. 74)

Seite

2.4.4.3. Kompensation durch Angleichung an die Realität 42
2.4.4.4. Kompensation durch Verinnerlichung 42
2.4.5. Narzißtische Krise und Suizidhandlung 43
2.5. Das präsuizidale Syndrom 46
2.5.1. Die Trias des Syndroms 47
2.5.2. Empirische Befunde zum präsuizidalen Syndrom 49
2.6. Die Motivstruktur der Suizidhandlung 50
2.6.1. Appell 52
2.6.2. Aggression 53
2.6.3. Autoaggression 54
2.6.4. Flucht 55
2.7. Die Bedeutung der Kindheit für die Disposition zum Selbstmord 55
2.7.1. Das "Broken Home" 55
2.7.2. Empirische Untersuchungen zum "Broken Home" 60
2.7.3. Stellung in der Geschwisterreihe 63
2.7.4. Empirische Befunde 65
2.7.5. Selbstmord in der Familie 67
2.7.6. Kritische Anmerkung zu den vorliegenden Untersuchungen 68

3. DER SUIZIDVERSUCH 72
3.1. Selbstmord und Selbstmordversuch 72
3.1.1. Begriffliche Differenzierung von Selbstmord und Selbstmordversuch 72
3.1.2. Wesentliche Unterschiede 73
3.2. Ernsthaftigkeit 76
3.2.1. Schwierigkeit der Kriterienbestimmung 76

Seite

3.2.2. Der Selbstmordversuch als Gottesurteil 77
3.2.3. Der demonstrative Selbstmordversuch 78
3.3. Motiv - Ursache - Auslöser 79
3.4. Selbstmord: Bilanz oder Abschluß einer krankhaften Entwicklung? 83
3.5. Suizidhandlung und Psychose 87
3.6. Suizidhandlung und Alkohol 90
3.7. Suizidhandlung und Jenseitsglaube 92

4. EIGENE UNTERSUCHUNG AN 100 SUIZIDANTEN 95
4.1. Fragestellung und Untersuchungsziel 95
4.1.1. Das Recht auf den eigenen Tod 95
4.1.2. Ist der Überlebende Suizidant froh über die Rettung? 97
4.2. Beschreibung der Untersuchung 98
4.2.1. Begriff des Selbstmordversuchs im Rahmen dieser Arbeit 98
4.2.2. Methodik der Befragung 99
4.2.3. Patientengut 100
4.3. Wieviele der Suizidanten bejahen die Tatsache ihres Überlebens? 103
4.3.1. Literaturergebnisse 103
4.3.2. Ergebnisse unserer Untersuchung 104
4.4. Beschreibung allgemeiner Kriterien, die keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben. 105
4.4.1. Befragungszeitpunkt 105
4.4.2. Patientengut 106
4.4.3. Ärztliche Diagnose 107
4.4.4. Schulbildung und Beruf 108
4.4.5. Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod 108

Seite

4.5. Hypothesen 109
4.5.1. Negative Kindheitseinflüsse 109
4.5.2. Aktuelle Probleme 109
4.5.2.1. Schlechte äußere Lebensbedingungen 109
4.5.2.2. Intrapsychische Probleme und damit zusammenhängende Störungen 110
4.5.3. Häufung von Problemen 110
4.5.4. Selbstmordanlaß und Selbstmordmotiv 110
4.5.5. Mitmenschliche Bindungen und Freizeit 111
4.5.6. Kriterien hinsichtlich der Einstellung zum Selbstmordversuch und seiner Durchführung 111
4.5.7. Alter 111
4.5.8. Einstellung zum Interview 111
4.6. Ergebnis der Hypothesenprüfung 112
4.6.1. Negative Kindheitseinflüsse 112
4.6.1.1. "Harte Daten" 112
4.6.1.2. Psychische Situation 113
4.6.2. Aktuelle Probleme 119
4.6.2.1. Schlechte äußere Lebensbedingungen 119
4.6.2.2. Intrapsychische Probleme und damit zusammenhängende Störungen 126
4.6.3. Häufung von Problemen 134
4.6.3.1. Belastungen in nur einem Lebensbereich 134
4.6.3.2. Häufung von Problembereichen 135
4.6.4. Selbstmordanlaß und Selbstmordmotiv 143
4.6.4.1. Anlaß zur suizidalen Handlung 143
4.6.4.2. Selbstmordmotiv 146

Seite


4.6.5. Mitmenschliche Bindungen und sinnvolle Freizeit 149

4.6.6. Kriterien hinsichtlich der Einstellung zum Selbstmordversuch und seiner Durchführung 155

4.6.6.1. Erster versus wiederholter Versuch 155

4.6.6.2. Subjektive Entschlossenheit 155

4.6.6.3. Arrangement 158

4.6.6.4. Einstellung nach dem Selbstmordversuch 161

4.6.7. Alter 169

4.6.8. Einstellung zum Interview 171

4.7. Falldarstellungen 174

4.7.1. Die "Frohen" 174

4.7.1.1. Sabine T. 174

4.7.1.2. Hermine W. 176

4.7.1.3. Beate Z. 177

4.7.2. Die "Frohen mit Einschränkung" 179

4.7.2.1. Helmut B. 179

4.7.2.2. Katrin C. 181

4.7.2.3. Karl W. 183

4.7.3. Die "Nicht-Frohen" 184

4.7.3.1. Elisabeth T. 184

4.7.3.2. Ulrich G. 185

4.7.3.3. Sigrid D. 187

4.8. Gemeinsamkeiten verschiedener Fälle 190

4.8.1. Anlaß zum Selbstmordversuch: Wiederholung früherer Traumen 190

4.8.2. Der Selbstmordversuch als Gottesurteil 193

4.8.3. Wunsch nach Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen 196

Seite

4.8.4. Größenphantasien 197
4.8.5. Selbstmord oder Selbstmordversuch in der Familie und im Freundeskreis 199
4.8.6. Positive Erlebnisse auf Grund des Selbstmordversuchs 201
4.8.6.1. Positive Erlebnisse nach dem Selbstmordversuch 202
4.8.6.2. Intrapsychische Erfahrung durch den Selbstmordversuch 205
4.9. Kritische Anmerkung zu unseren Untersuchungsergebnissen 209
4.10. Exkurs über die Übereinstimmung unserer Ergebnisse mit der psychoanalytischen Theorie 211
4.11. Allgemeine Beobachtungen zu den von uns untersuchten Selbstmordversuchen 223
4.11.1. Allgemeine statistische Angaben 223
4.11.2. Die Suizidhandlung - ein Versuch zu sterben? 225
4.12. Zusammenfassung der Ergebnisse 232
4.12.1. Ergebnisse zum Selbstmordversuch allgemein 232
4.12.2. Differenzierung der Gruppen hinsichtlich ihrer Einstellung zum Überleben nach dem Selbstmordversuch 235
4.12.3. Hinweise 240

LITERATURVERZEICHNIS 242

ANHANG 261

Seite

4.6.5. Mitmenschliche Bindungen und sinnvolle Freizeit 149
4.6.6. Kriterien hinsichtlich der Einstellung zum Selbstmordversuch und seiner Durchführung 155
4.6.6.1. Erster versus wiederholter Versuch 155
4.6.6.2. Subjektive Entschlossenheit 155
4.6.6.3. Arrangement 158
4.6.6.4. Einstellung nach dem Selbstmordversuch 161
4.6.7. Alter 169
4.6.8. Einstellung zum Interview 171
4.7. Falldarstellungen 174
4.7.1. Die "Frohen" 174
4.7.1.1. Sabine T. 174
4.7.1.2. Hermine W. 176
4.7.1.3. Beate Z. 177
4.7.2. Die "Frohen mit Einschränkung" 179
4.7.2.1. Helmut B. 179
4.7.2.2. Katrin C. 181
4.7.2.3. Karl W. 183
4.7.3. Die "Nicht-Frohen" 184
4.7.3.1. Elisabeth T. 184
4.7.3.2. Ulrich G. 185
4.7.3.3. Sigrid D. 187
4.8. Gemeinsamkeiten verschiedener Fälle 190
4.8.1. Anlaß zum Selbstmordversuch: Wiederholung früherer Traumen 190
4.8.2. Der Selbstmordversuch als Gottesurteil 193
4.8.3. Wunsch nach Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen 196

Seite

4.8.4. Größenphantasien 197
4.8.5. Selbstmord oder Selbstmordversuch in der Familie und im Freundeskreis 199
4.8.6. Positive Erlebnisse auf Grund des Selbstmordversuchs 201
4.8.6.1. Positive Erlebnisse nach dem Selbstmordversuch 202
4.8.6.2. Intrapsychische Erfahrung durch den Selbstmordversuch 205
4.9. Kritische Anmerkung zu unseren Untersuchungsergebnissen 209
4.10. Exkurs über die Übereinstimmung unserer Ergebnisse mit der psychoanalytischen Theorie 211
4.11. Allgemeine Beobachtungen zu den von uns untersuchten Selbstmordversuchen 223
4.11.1. Allgemeine statistische Angaben 223
4.11.2. Die Suizidhandlung - ein Versuch zu sterben? 225
4.12. Zusammenfassung der Ergebnisse 232
4.12.1. Ergebnisse zum Selbstmordversuch allgemein 232
4.12.2. Differenzierung der Gruppen hinsichtlich ihrer Einstellung zum Überleben nach dem Selbstmordversuch 235
4.12.3. Hinweise 240

LITERATURVERZEICHNIS 242

ANHANG 261

## EINLEITUNG

Die Suizidhandlung und ihre Verhütung werden immer häufiger zum Thema wissenschaftlicher Untersuchung.

Im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses stehen vor allem statistische Auswertungen bezüglich der Häufigkeit, der Alters- und Geschlechtsverteilung,der Motive und der den Selbstmord begünstigenden Umwelteinflüsse.

Relativ wenig Beachtung in der Forschung fanden dagegen bisher die Art und Weise, in der sich der nach einem Selbstmordversuch gerettete Suizidant mit der Tatsache seines Überlebens abfindet.

Wir haben deshalb die folgenden Fragen zum Thema unserer Untersuchung an 100 geretteten Suizidanten gemacht:

Wieviele Suizidanten sind froh über ihre Rettung und welche Faktoren haben Einfluß darauf, ob die Tatsache des Überlebens begrüßt oder bedauert wird?

Im theoretischen Teil unserer Arbeit werden wir eine allgemeine Einführung in die Problematik des Suizidgeschehens geben.

# 1. ALLGEMEINES ZUM SUIZIDPROBLEM

## 1.1. STATISTISCHE ERGEBNISSE DER SUIZIDFORSCHUNG

### 1.1.1. HÄUFIGKEIT

Die von Gruhle (1940 a. S. 13) getroffene Feststellung, daß "die Zahlen der Statistik niemals alle wirklich vorkommenden Selbstmorde treffen, sondern nur Minima sind", gilt in noch größerem Maße für die Zahl der Selbstmordversuche; denn eine systematische Registrierung eines Selbstmordversuchs kann nur erfolgen, wenn er zu einer Aufnahme in eine Klinik oder eine entsprechende therapeutische Institution führt.

Selbstmordversuche sind im Gegensatz zum Selbstmord nicht anzeigepflichtig und werden daher in noch größerem Ausmaß von den Suizidanten selbst bzw. auch von deren Angehörigen verheimlicht.

Auf das Tabu, mit dem heute noch immer die Suizidhandlung belegt ist, hat Ringel (1961) hingewiesen: Um 50 Protokolle über die Vorgeschichte von vollendeten Selbstmorden zu erhalten, zu deren Erstellung die nächsten Angehörigen befragt wurden, war es nötig, nicht weniger als 443 Fällen nachzugehen!

Das Ausmaß der Verheimlichung von Selbstmordhandlungen hängt von der ethischen und gesellschaftlichen Wertung des jeweiligen Kulturkreises ab und dürfte entsprechend unterschiedlich sein, so daß Stengel (1962) die Frage aufwirft, ob es überhaupt sinnvoll sein könnte, die Selbstmordzahlen verschiedener Generationen und Kulturkreise zu vergleichen. Er zieht sogar in Zweifel, ob es berechtigt sei,aus Schwankungen statistischer Zahlen auf Schwankungen der Häufigkeit von Selbstmordhandlungen zu schließen.

Stengel warnt vor der "Macht des Zahlenzaubers" und macht die große Popularität der statistischen Methode zum Teil für die Sterilität und Stagnation in der Selbstmordforschung verantwortlich. Dennoch glaubt er, daß Autoren, die - wie z. B. Zilboorg - die statistischen Methoden in der Selbstmordforschung als wertlos verurteilen, zu weit gehen.

Wir sehen mit Stengel den Wert der statistischen Untersuchungen vor allem darin, daß sie immer wieder auf die Größe und Bedeutung des Selbstmordproblems hinweisen und Fragestellungen anregen.

Die von der Statistik vermittelten Zahlen sind erschütternd: Täglich sterben etwa 1000 Menschen durch eigene Hand.

In der Bundesrepublik Deutschland scheidet alle 41 Minuten ein Mensch freiwillig aus dem Leben.
Somit ist die Zahl der Selbstmörder in der Bundesrepublik mit 13.000 pro Jahr nur um ein Drittel niedriger als die Zahlen der Verkehrstoten.
(Alle Angaben nach Henseler 1974)

In Bayern wurden im Jahre 1979 - nach Angaben des Bayerischen Landeskriminalamtes - 2467 vollendete Selbsttötungen (65,7 % Männer, 34,3 % Frauen) registriert.
2762 Selbstmordversuche (46,1 % Männer, 53,9 % Frauen), die für den gleichen Zeitraum statistisch erfaßt wurden, dürften den tatsächlichen Zahlen nicht annähernd entsprechen,da das Verhältnis Selbstmord : Selbstmordversuch allgemein mit 1 : 5 - 1 : 15 angegeben wird. (Vgl. Henseler 1974, Dubitscher 1971, Böcker 1974, Stengel 1965)

Bei der Bestimmung der jeweiligen Selbstmordrate ist nicht allein die Anzahl der Selbstmordhandlungen zu berücksichti-

gen, sondern die Zahl der Selbstmordhandlungen in ihrer Relation zur Bevölkerungszahl.

In diesem Sinne ist - wie Henseler (1971) global angibt - die Ziffer der vollendeten Selbstmorde seit 1900 relativ konstant geblieben. Sie schwankt für Deutschland um 19 pro Jahr und 100.000 Einwohner und gilt als besonders hoch.

Um zu veranschaulichen, wie stark sich die Selbstmordrate in den einzelnen Ländern unterscheidet,bringen wir eine von Ringel (1961, S. 1) veröffentlichte Tabelle für das Jahr 1958:

Tabelle 1 Im Jahre 1958 fielen auf je 100.000 der Bevölkerung in:

| | |
|---|---|
| Belgien | 15 Selbstmorde |
| Bulgarien | 6 Selbstmorde |
| Dänemark | 21 Selbstmorde |
| Deutsche Bundesrepubl. | 19 Selbstmorde |
| Deutsche demokratische Republik | 28 Selbstmorde |
| Finnland | 21 Selbstmorde |
| Frankreich | 17 Selbstmorde |
| England | 12 Selbstmorde |
| Irland | 3 Selbstmorde |
| Island | 10 Selbstmorde |
| Italien | 6 Selbstmorde |
| Luxemburg | 9 Selbstmorde |
| Niederlande | 7 Selbstmorde |
| Norwegen | 7 Selbstmorde |
| Österreich | 23 Selbstmorde |
| Schweden | 20 Selbstmorde |
| Schweiz | 5 Selbstmorde |
| Ungarn | 21 Selbstmorde |

Anzumerken ist, daß die Suizidrate in den Jahren 1924 - 1932 (auf 29,2) steil anstieg (vgl. Siegmund, 1970), während sie in der Zeit der beiden Weltkriege besonders nied-

rig war, was vor allem auf einem Rückgang der Selbstmorde der männlichen Bevölkerung beruhte.

Nicht konstant geblieben ist die Anzahl der nicht tödlichen Suizidhandlungen.

Auf die Zunahme der Selbstmordversuche, an denen vor allem die jüngeren Jahrgänge beteiligt sind, wird in der Literatur übereinstimmend hingewiesen. (Vgl. die Statistiken von Bappert 1965, und Dotzauer et al. 1965)

Nach Bappert haben vor allem die Selbstmordversuche mit überwiegender Selbsterhaltungstendenz als eine relativ oft praktizierte Form der abnormen Erlebnisreaktion zugenommen. Bappert warnt allerdings davor, diese weniger ernst zu nehmen.

Es wird die Frage diskutiert, ob nicht das Aufkommen der Schlaf- und Beruhigungsmittel als Mittel mit geringerem Risiko und erhöhter Rettungsmöglichkeit die Zunahme vor allem der appellativen Selbstmordversuche beeinflußt hat.

Linden (1969) weist darauf hin, daß erst von dem Zeitpunkt an, da Leuchtgas und Schlafmittel für suizidale Zwecke zur Verfügung standen, es möglich wurde, den Tod ohne Erleiden von größeren Schmerzen zu suchen.

Aus der nachfolgenden Statistik des Bayer. Landeskriminalamtes sind Häufigkeits-, Alters-, Geschlechts- und Motivverteilungen sowie die in unterschiedlicher Häufigkeit gewählten Tötungsarten bei Selbstmord und Selbstmordversuch in Bayern für das Jahr 1979 ersichtlich.

Selbstmord und Selbstmordversuche
in Bayern im Jahre 1979

Tabelle 2 Alter und Familienstand

| | | | Selbstmorde | % | Selbstmord-versuche | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Insgesamt | | | 2467 | 100 | 2762 | 100 |
| | | M | 1622 | 65,7 | 1273 | 46,1 |
| | | W | 845 | 34,3 | 1489 | 53,9 |
| Altersgruppen | unt. 14 | M | 7 | 0,3 | 8 | 0,3 |
| | | W | 1 | 0,0 | 7 | 0,3 |
| | 14 - 18 | M | 40 | 1,6 | 57 | 2,1 |
| | | W | 23 | 0,9 | 143 | 5,2 |
| | 18 - 21 | M | 67 | 2,7 | 176 | 6,4 |
| | | W | 19 | 0,8 | 153 | 5,5 |
| | 21 - 30 | M | 257 | 10,4 | 392 | 14,2 |
| | | W | 84 | 3,4 | 407 | 14,7 |
| | 30 - 45 | M | 443 | 18,0 | 416 | 15,1 |
| | | W | 180 | 7,3 | 503 | 18,2 |
| | 45 - 60 | M | 392 | 15,9 | 157 | 5,7 |
| | | W | 210 | 8,5 | 191 | 6,9 |
| | + 60 | M | 416 | 16,9 | 67 | 2,4 |
| | | W | 328 | 13,3 | 85 | 3,1 |
| Familienstand | ledig | | 709 | 28,7 | 1211 | 43,8 |
| | verh. | | 1142 | 46,3 | 1055 | 38,2 |
| | getr. lebend | | 57 | 2,3 | 71 | 2,6 |
| | gesch. | | 184 | 7,5 | 310 | 11,2 |
| | verw. | | 375 | 15,2 | 115 | 4,2 |

Tabelle 3 Motiv

| Motiv | Selbstmorde | % | Selbstmord-versuche | % |
|---|---|---|---|---|
| Insgesamt | 2467 | 100 | 2762 | 100 |
| 1. Krankheit Schwermut Nervenleiden | 1663 | 67,4 | 661 | 23,4 |
| 2. Familienzwistigkeiten | 292 | 11,8 | 668 | 24,2 |
| 3. Wirtschaftliche Notlage | 72 | 2,9 | 102 | 3,2 |
| 4. Furcht vor Strafe | 63 | 2,5 | 46 | 1,7 |
| 5. Liebeskummer | 118 | 4,8 | 551 | 19,9 |
| 6. Politische Gründe | - | - | 4 | 0,1 |
| 7. Sonstige oder nicht erkennbare Gründe | 259 | 10,5 | 730 | 26,4 |

Tabelle 4 Tötungsart

| | Selbstmorde | % | Selbstmord-versuche | % |
|---|---|---|---|---|
| Insgesamt | 2467 | 100 | 2762 | 100 |
| 1. Gas | 134 | 5,4 | 98 | 3,5 |
| 2. Verätzung Vergiftung | 592 | 24 | 1733 | 62,7 |
| 3. Erhängen | 897 | 36,4 | 99 | 3,6 |
| 4. Ertrinken | 191 | 7,7 | 42 | 1,5 |
| 5. Erschießen | 211 | 8,6 | 34 | 1,2 |
| 6. Schnitt- und Stichverletzungen | 56 | 2,3 | 481 | 17,4 |
| 7. Überfahrenlassen | 127 | 5,1 | 54 | 2 |
| 8. Sturz aus der Höhe | 196 | 8 | 142 | 5,1 |
| 9. elektr. Strom | 9 | 0,4 | 10 | 0,4 |
| 10. sonstige Art | 54 | 2,2 | 69 | 2,5 |

## 1.1.2. ALTERS- UND GESCHLECHTSVERTEILUNG
(vgl. auch die Bayer. Statistik S. 6)

Als gesichert gilt, daß die Tendenz zum Selbstmordversuch mit zunehmendem Alter abnimmt, während die Tendenz zum Selbstmord mit zunehmendem Alter ansteigt. Die empirischen Untersuchungen stimmen dahingehend überein, daß Selbstmordversuche am häufigsten im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, Selbstmorde dagegen vor allem im 5. - 7. Lebensjahrzehnt vorkommen. (Vgl. Stengel 1965, Dotzauer et al. 1965, Bappert 1965, Bayreuther 1956)

Für die Zunahme der vollendeten Selbsttötungen im höheren Alter finden sich in der Literatur allgemein 2 Erklärungsmöglichkeiten:

1. Es werden in höherem Alter wegen der größeren Hoffnungslosigkeit und der eingeschränkteren Entwicklungsmöglichkeiten endgültigere und sicherere Methoden gewählt, da der Lebenswille und die Hoffnung, durch einen entsprechenden Appell noch eine Änderung der zum Suizid führenden Lage erreichen zu können, geringer geworden ist.

2. Die physiologische Resistenz gegenüber Noxen, wie z. B. gegenüber Intoxikationen, nimmt im höheren Alter ab. Dieselbe Dosis, die in jugendlichem Alter bei rechtzeitiger und sachgemäßer Behandlung noch eine Rettungsmöglichkeit offen läßt, kann bei einem durch das Alter geschwächten und weniger widerstandsfähigen Organismus letal sein.

Bei Jugendlichen wird in den letzten Jahrzehnten vor allem eine Zunahme der Selbstmordversuche festgestellt. (Ringel 1965, Pohlmeier 1974)

Hinsichtlich der vollendeten Selbsttötungen geht aus den Statistiken klar ein Überwiegen des männlichen Geschlechts hervor. (Stengel 1962, Rüegsegger 1963, Feudell 1965)

Bayreuther (1956) stellte auf Grund eigener Untersuchungen fest, daß die S e l b s t t ö t u n g s a b s i c h t bei Männern und Frauen zwar annähernd gleich häufig auftritt, daß deren R e a l i s a t i o n bei den Männern aber konsequenter erfolgt und somit wesentlich häufiger zum Tode führt. Entsprechend bevorzugen Männer erfolgsicherere Methoden wie Erschießen, Erhängen und Überfahrenlassen, während Schlafmittel überwiegend von Frauen gewählt wurden.

Es wird zwar auch auf eine zunehmende Beteiligung der Frau am Selbstmord hingewiesen. (Kalnins 1963, Bayreuther 1965), jedoch wird von der Mehrzahl der Autoren eine Überrepräsentation der Frauen am Selbstmordversuch angegeben. (Feudell 1965, Simson 1976, Böcker 1973)

Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Beteiligung der Geschlechter am Selbstmordversuch fanden dagegen Dahlgren (1945) und Ettlinger et al. (1955).

Stengel (1962) hält die Annahme, daß die Frau überwiegend am Selbstmordversuch beteiligt sei vor allem wegen der hohen Dunkelziffer für nicht ausreichend gesichert.

### 1.1.3. SUIZIDFÖRDERNDE FAKTOREN

1940 veröffentlichte Gruhle (S. 149) einen ausführlichen Vergleich statistischer Daten. Darin nennt er folgende Faktoren, die Einfluß auf den Anstieg der Selbstmordrate haben:

"Wirtschaftliche Not, Zunahme der Bevölkerungsdichte, Beschäftigung in der Industrie, Ansässigkeit in der Stadt, besonders der Großstadt, Zugehörigkeit zu gewissen Berufen (Dienstmädchen, Industrie) und zur evangelischen Konfession, zunehmendes Lebensalter, Witwerschaft und Geschiedensein, Kinderlosigkeit, Alkoholismus, Psychopathie, Psychose."

Selbstmordhemmenden Einfluß dagegen haben:
"Starke dauernde Beanspruchung durch affekterregende Lebensumstände, wirtschaftlicher Aufschwung, abnehmende Besiedlungs- und Wohndichte, ländliche Beschäftigung, Zugehörigkeit zur katholischen Religion, junges Lebensalter, Ehe, Kinderzahl."

Der Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Depression und Selbstmordneigung ist nicht eindeutig. So kulminierte zwar in den Krisenjahren 1930 bis 1932 die Selbstmordrate (vgl. Tetaz Numa, 1970), doch stellte Bayreuther (1956) in seiner ausführlichen Untersuchung über den Selbstmord in der Nachkriegszeit eine mit der Besserung der wirtschaftlichen Lage parallel laufende Zunahme der Selbstmordneigung fest.

Ringel (1974) nennt ergänzend noch folgende Risikogruppen: Süchtige, Kriminelle, Flüchtlinge, unheilbar chronisch Kranke.

Stengel (1969 a) gibt für die unteren sozioökonomischen Schichten eine negative Korrelation zur Selbstmordrate an. Die Bedeutung der sozialen Schicht für das Selbstmordgeschehen gilt aber nicht als eindeutig belegt. (Henseler 1974)

Die suizidfördernde Rolle sozialer Isolierung und Vereinsamung, auf die in der Literatur übereinstimmend hingewiesen wird (Durkheim 1897/1973; Pohlmeier 1974, 1978; Böcker 1974; Kalnins 1963), konnte in empirischen Untersuchungen besonders in Hinblick auf eine mangelnde familiäre Integration bestätigt werden.

So fanden Dotzauer et al. 1965 bezogen auf die prozentuale Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung eine größere Häufigkeit von Suizidhandlungen bei Alleinstehenden (Ledigen, Verwitweten und Geschiedenen) als bei Verheirateten.
Stengel und Cook (zitiert nach Henseler 1974) fanden 27 % Alleinstehende bei den von ihnen untersuchten Suizidanten, während der Prozentsatz der Alleinstehenden in der Gesamtbevölkerung nur 7 % betrug.

Eine Untersuchung von Dahlgren (1945) brachte jedoch andere Ergebnisse. Er fand bei den von ihm untersuchten Selbstmordversuchen in bezug auf die vergleichbare Gruppe in der Gesamtbevölkerung lediglich die Geschiedenen etwas - nicht statistisch signifikant - überrepräsentiert.

### 1.1.4. JAHRESZEIT

Die Selbstmordstatistik zeigt deutlich einen Zusammenhang zwischen Selbstmordrate und Jahreszeit, dessen Ursache aber noch als ungeklärt gilt.

Nach Gruhle (1940) zeigen fast alle europäischen Selbstmordkurven einen Tiefstand im Winter (meist im Dezember und Januar) und einen Anstieg im Frühjahr mit einem Gipfel im Mai und Juni. Nicht ebenso einheitlich zeichnet sich ein zweiter Gipfel im Oktober/November ab. (Henseler 1974, Bayreuther 1956, 1959)

## 1.1.5. SUIZIDMETHODEN

Die Häufigkeit der angewandten Suizidmethoden ist starken Schwankungen unterworfen.

Die Wahl des jeweiligen Mittels hängt ab von seiner Verfügbarkeit, von der Ernsthaftigkeit des Entschlusses, vom Geschlecht des Suizidanten, oft auch von der "Mode" der jeweiligen Zeit.

Frauen bevorzugen die sogenannten weichen Methoden wie Schlaf- und Beruhigungsmittel, Gifte usw.. Männer wählen häufiger die sogenannten harten Methoden wie Erhängen und Erschießen.

Statistiken über vollendete Selbstmorde weisen eine andere Häufigkeitsverteilung der Mittel auf als Statistiken über Selbstmordversuche, wie z. B. aus der Bayer. Statistik für das Jahr 1979 deutlich zu ersehen ist. (Vgl. S. 6)

Zur Veranschaulichung des W a n d e l s in den Selbstmordmethoden bringen wir Statistiken aus den Jahren 1930 und 1960 (nach Amelunxen 1962).

Tabelle 5 Selbstmordmittel 1930

| | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| Leuchtgasvergiftung | 11,7 % | 29,2 % |
| Andere Vergiftungen | 4,6 % | 10,7 % |
| Erhängen/Erdrosseln | 46,7 % | 28,4 % |
| Ertränken | 10,0 % | 18,4 % |
| Erschießen | 16,9 % | 2,5 % |
| Andere Selbstmordarten | 10,1 % | 10,8 % |

Tabelle 6 Selbstmordmittel 1960

| | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| Leuchtgasvergiftung | 10,1 % | 17,3 % |
| Andere Vergiftungen | 18,3 % | 24,7 % |
| Erhängen/Erdrosseln | 50,3 % | 31,5 % |
| Ertränken | 5,7 % | 12,0 % |
| Erschießen | 5,5 % | 0,5 % |
| Überfahrenlassen | 5,3 % | 3,8 % |
| Sturz aus der Höhe | 2,6 % | 7,5 % |
| Schnitt- und Stichverletzungen | 1,7 % | 2,1 % |
| Andere Arten | 0,4 % | 0,5 % |
| Selbstmordart unbekannt | 0,1 % | 0,1 % |

Bayreuther (1956) hat in seinen Untersuchungen von Selbstmordhandlungen in den Nachkriegsjahren die Erfolgsquote der verschiedenen Suizidmittel errechnet.

Die höchste Erfolgsquote hatte demnach das relativ selten angewandte Erschießen (80 %). Danach folgen in der Gefährlichkeit Leuchtgas und Strangulation (beide um 40 %). Die geringste Erfolgsquote haben die besonders häufig angewandten Schlafmittel (10 %).

Zu annähernd gleichen Ergebnissen kam Böcker (1973).

## 1.2. GESCHICHTLICHER ÜBERBLICK IN ETHISCHER UND JURISTISCHER SICHT

Die Suizidhandlung wurde lange Zeit als ein Zivilisationsphänomen angesehen, bis ethnologische Untersuchungen erga-

ben, daß der Selbstmord bereits bei primitiven Völkern früherer Zeit vorkam und auch heute noch vorkommt. Auch Durkheims Ansicht (1897; zitiert nach 1973), Selbstmord komme in primitiven Kulturen nur bei Alten und Kranken sowie bei Frauen, die ihrem Gatten und Gefolgsleuten, die ihrem Herrn in den Tod folgten, vor, konnte nicht bestätigt werden.

Die Motive, die Anlaß zum Selbstmord werden, sind interkulturell nicht allzu unterschiedlich und weisen häufig - äußerlich - sehr banal erscheinende Gründe auf. (Siegmund 1970)

So sollen z. B. bei den Indianern Südamerikas und den Malaien Indonesiens bereits geringfügige Kränkungen als Anlaß zum Selbstmord genügt haben. (Amelunxen 1962)

Berichte über eine freiwillige und vorzeitige Beendigung des eigenen Lebens finden sich ebenso in der griechischen Mythologie (z. B. Jokaste, die Gattin des Ödipus; Ajax, der Kämpfer von Troja; nach Peterich 1964) wie in den Schilderungen des Alten und Neuen Testaments (König Saul; Judas Ischariot).

Selbstmord kann demnach als ein bei allen Völkern und zu allen Zeiten - allerdings in sehr unterschiedlicher Häufigkeit - vorkommendes Phänomen betrachtet werden. (Vgl. Ellenberger 1965, Asuni 1965)

### 1.2.1. WANDLUNG DER ETHISCHEN WERTUNG DER SUIZIDHANDLUNG

Die ethische Wertung des Selbstmordes im Laufe der Geschichte ist keineswegs einheitlich. Sie wird bestimmt von den philosophischen und gesellschaftspolitischen Strömungen der jeweiligen Zeit.

Wenn wir im folgenden beispielhaft aufzuzeigen versuchen, wie in verschiedenen Epochen unterschiedlich zum Problem der Selbstvernichtung Stellung genommen wurde, so stützen wir uns - soweit nichts anderes angegeben - auf die entsprechenden Darstellungen von Simson (1976) und Amelunxen (1962).

Platon sah im Selbstmord ein Unrecht gegenüber dem Staat - solange der Mensch dem Staat noch von Nutzen sein konnte.

Den Epikuräern galt er als geeignete Möglichkeit, um drohendem Unglück zu entgehen, die Kyniker und Stoiker sahen in ihm eine Möglichkeit, die Unabhängigkeit von äußeren Dingen zu erlangen.

Die alten Römer beurteilten die Berechtigung zum Selbstmord - ebenso wie Platon - im Hinblick auf den Staat. Wenn die Götter ein Sühneopfer verlangten oder die Ernte nicht zur Ernährung des Volkes ausreichte, war er vor allem den Greisen gestattet. Verboten war der Selbstmord - aus Nützlichkeitserwägungen - den Sklaven und Soldaten.

Durch den Einfluß des Christentums änderte sich bei den Germanen, Slawen und Kelten die ethische Wertung des Selbstmords.

Der "Schlachtentod", der bei den Germanen als Vorbedingung für die Aufnahme in Wallhall galt, wurde - da der "Strohtod" als schimpflich galt - häufig durch Selbsttötung oder durch einen von einem anderen geforderten und gewährten Tod herbeigeführt.

Die neue Religion, die den Zugang zum Paradies nicht mehr von der Todesart abhängig erscheinen ließ, machte die Selbsttötung unnötig.
Das Christentum lehnte den Selbstmord seit frühester Zeit ab.

Simson verweist vor allem auf die Konzilien von Arles (452), Orléans (533) und Toledo (693), die den Selbstmord als schweres Verbrechen deklarierten, das mit den entsprechenden kirchlichen Sanktionen zu ahnden war. So wurden dem Selbstmörder die kirchlichen Segnungen bei der Beisetzung verweigert und der Selbstmordversuch mit der Exkommunikation bedroht.

Während im frühen Mittelalter für den Selbstmörder, der unter dem Einfluß einer Geisteskrankheit sein Leben beendet hatte, noch Milde angezeigt schien (es durfte eine stille Messe gelesen werden), galt im Hochmittelalter die Geisteskrankheit selbst als Besessenheit durch den Teufel, deren Heilung durch Gebete - später auch durch Folter - in den Händen der Kirche lag. (Davison and Neale 1974)

In der Zeit der Aufklärung wurden dann nicht mehr religiöse Prinzipien, sondern die sozialen und sittlichen Pflichten zum Maßstab für die Billigung oder Ablehnung des Selbstmordes.

So hielt Rousseau den Selbstmord für gerechtfertigt, wenn das Leben subjektiv als Übel empfunden und keine Pflichten gegenüber den Mitmenschen verletzt wurden.

Kant lehnte den Selbstmord ab, da sich jeder Selbstmörder seinen gesamten sittlichen Pflichten entzieht.

Schiller billigt dem Freitod in ausweglosen Situationen Größe zu:
..."wir denken königlich und achten einen freien mutigen Tod anständiger als ein entehrtes Leben". (Abschiedsworte der Gräfin Terzky in Wallensteins Tod, S. 177)

Goethe hatte in seiner Jugend selbst gegen die "Grille des Selbstmordes" zu kämpfen. Er erfuhr die rettende Katharsis durch die Gestaltung seines Werthers:

"Ich fühlte mich wie nach einer Generalbeichte wieder froh und frei und zu einem neuen Leben berechtigt." (Dichtung und Wahrheit 13. Buch, S. 468)

Während im allgemeinen die Selbsttötung ihre Rechtfertigung nur durch eine ausweglose und keine erträglichen Alternativen mehr bietende Lebenslage erfährt, findet sich in Nietzsches "Also sprach Zarathustra" eine Art Verherrlichung des Freitodes, eine Aufforderung, zur "rechten Zeit" zu sterben: "Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil i c h will." (Nietzsche 1907, S. 106)

Die in der Literatur des 19. Jahrhunderts zunehmend positive Einstellung zum Freitod (vgl. Kleist, Hebbel, Grillparzer) fand ihre Gegenströmung im aufkommenden Nationalismus, der den Menschen weniger in seiner Eigenverantwortlichkeit sah, sondern vielmehr seine Zugehörigkeit zum Staat und die sich daraus ergebenden Pflichten betonte.

Verschiedene Standesgruppen allerdings sahen im mutigen Freitod eine Möglichkeit zur Rettung der gefährdeten oder verlorenen Ehre.

So entwickelte das Offizierskorps einen speziellen Ehrenkodex, der unter bestimmten Umständen die Selbsttötung nicht nur rechtfertigte, sondern sie sogar forderte.

Bei moralischen Verfehlungen, bei schweren Kränkungen oder in militärisch ausweglöser Lage diente die Selbsttötung der Wiederherstellung der verlorenen Ehre. (Vgl. auch Japan, wo Harakiri als ehrenvolle Beendigung des Lebens ursprünglich dem Ritterstand vorbehalten war.)

Die heutige Einstellung zum Selbstmordproblem entspricht der allgemeinen pluralistischen Haltung gegenüber ethischen Werten und reicht von einer Rechtfertigung des Freitods (vgl.

Carl Amery 1976) bis zur Auffassung, daß der Selbstmord stets als Endpunkt einer krankhaften Entwicklung anzusehen sei. (Ringel 1953)

Hinsichtlich einer allgemeinen ethischen Wertung der Suizidhandlung in unserer Zeit kommt Simson (1976, S. 39) zu dem Ergebnis, "daß es heute im Suizidproblem ein allgemeines anerkanntes, fest bestimmbares, jeden Menschen ohne Rücksicht auf seine eigene Überzeugung bindendes Sittengesetz in niederdrückenden Konfliktsituationen nicht gibt."

## 1.2.2. SELBSTMORD UND STRAFRECHT

Die strafrechtliche Beurteilung der Suizidhandlung war zunächst vor allem von religiösen und kirchlichen Normen bestimmt. Später wurden auch bevölkerungspolitische und wirtschaftliche Faktoren für ihre Sanktionierung maßgeblich. Wir verweisen auf die entsprechenden Zusammenstellungen in der Literatur (Simson 1976, Amelunxen 1962) und skizzieren daraus kurz die wichtigsten Entwicklungspunkte:

Die mittelalterlichen Rechtsbücher des Sachsen- und Schwabenspiegels sahen für den Selbstmord noch keine Strafen vor, doch gab es schon seit dem frühen Mittelalter die "Selbstmörder-Ecken" auf den Friedhöfen, die den durch Selbsttötung Verstorbenen von den "ehrbaren" Bürgern trennten.

Der Absolutismus, der im Untertanen eine Art Eigentum des Landesherrn sah, verurteilte den Selbstmord als ehrlose Flucht und sittlichen Treuebruch, die mit Vermögenskonfiskation geahndet wurden.

Die Vermögenskonfiskation nach Selbstmord wurde in Frankreich unter Ludwig XIV. (im Jahre 1670), in Preußen unter Friedrich Wilhelm I. (im Jahre 1720), in Österreich unter Maria Theresia (1768) eingeführt.
In England war der Nachlaß des Selbstmörders bereits seit 1554 der Krone verfallen.

Die eigentliche Bestrafung des Selbstmörders richtete sich gegen dessen Leichnam, dem eine würdige Bestattung verweigert wurde. So ordnete die "Constitutio Criminalis Theresiana" (1768) eine grausame Vernichtung des Leichnams des Selbstmörders an. Nach der "Niederösterreichischen Landesordnung" war schwangeren Selbstmörderinnen der Leib aufzuschneiden und das Kind herauszureißen.

Ein von Kurfürst Friedrich August erlassenes sächsisches Gesetz von 1779 drohte auch den Angehörigen von Selbstmördern entsprechende Strafen an, wenn sie nicht genügend Vorsorge zur Verhinderung des Selbstmordes melancholischer Personen getroffen hatten.
In vielen Ländern gab es Strafbestimmungen, die dem nach einem Selbstmordversuch Geretteten lange und schwere Kerkerstrafen androhten.

Die Abschaffung der Bestrafung des Selbstmordes erfolgte in Preußen 1751 unter Friedrich dem Großen, in Frankreich 1791 unter dem Einfluß der Französischen Revolution, in Bayern 1813, in Österreich 1850.

In England fielen das Pfählen der Leiche 1851 und die Vermögenskonfiskation 1873 fort, die Strafbarkeit des Versuchs galt allerdings bis 1961. (!)

Das kanonische Recht der katholischen Kirche (Codex Juris Canonici von 1918) verweigert Selbstmördern grundsätzlich

das kirchliche Begräbnis. Es bleibt jedoch ein gewisser Freiraum für mildere Auslegung: so gelten Ausnahmen für geisteskranke Selbstmörder und für solche, die vor ihrem Tod noch Reue über ihre Tat gezeigt haben.

In der heutigen Rechtsprechung sind Selbstmord und Selbstmordversuch zwar straffrei, werden aber als "Selbstherrlichkeit" verurteilt.
So stellt eine Entscheidung des Großen Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 10. 3. 1954 fest:
"Jeder Selbstmord - von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen - ist vom Sittengesetz streng mißbilligt, da niemand selbstherrlich über sein Leben verfügen und sich den Tod geben darf." NJW 1954, S. 1049

## 2. THEORIEN ZUM SUIZIDGESCHEHEN

Wir gehen davon aus, daß die Ursachen zum Selbstmord eingeteilt werden können in Faktoren, die auf äußeren Umständen, d. h., auf bestimmten situativen Lebensbedingungen des Individuums beruhen und in solche, die in intrapsychischen Bedingungen bestehen.

Diese Dichothomie wäre allerdings zu simplifizierend, würde nicht betont, daß es vor allem die Wechselwirkung zwischen äußeren und inneren Faktoren ist, die zum Selbstmord führt.

Von der psychischen Struktur des Menschen hängt die Bewertung des Belastungsgrades der jeweiligen Situation ab, d. h., die durch die individuelle Genese determinierte intrapsychische Dynamik bestimmt die emotionale Erlebnisqualität der jeweiligen äußeren Lebensumstände.

Für uns aber ist diese Dichothomie zwischen äußeren und inneren Faktoren Anlaß für die Selektion der von uns dargestellten Theorien zum Selbstmordgeschehen: die soziologische Theorie (wir verweisen speziell auf Durkheim) betont die Bedeutung der äußeren Lebensumstände, die psychoanalytische Theorie sieht die Ursache zur Suizidhandlung vor allem in der psychischen Struktur und in der intrapsychischen Dynamik des Individuums.

### 2.1. DIE SOZIOLOGISCHE THEORIE ZUR SELBSTMORDHANDLUNG VON DURKHEIM

Es gibt zahlreiche beschreibende und erklärende Ansätze zum komplexen Problem des Selbstmordes, von denen die einzelnen

jeweils unterschiedliche Aspekte betonen, bzw. vernachlässigen, von denen aber keiner den Anspruch auf Alleingültigkeit bzw. Ausschließlichkeit erheben kann.
Jede Selbstmordhandlung ist von einer Vielfalt von soziologischen, biographischen, aktuell situativen und intrapsychischen Faktoren determiniert, die sich in ihrer Komplexität nicht nur addieren,sondern auch multiplizieren, bis sie die selbstvernichtende Handlung auslösen.

Wir beginnen die Darstellung der Theorien zur Erklärung des Suizidproblems mit dem soziologischen Ansatz, wie er von Durkheim mit seinem 1897 erschienenen Buch "Le Suicide" begründet wurde. Nach Durkheims Ansicht sind vor allem außerindividuelle Faktoren wie Rasse, Volkstum, Familienstand, Religion, Beruf, Wohnort und Wirtschaftsfaktoren bei der Untersuchung des Suizidproblems als relevant zu betrachten.

Wenn der Selbstmord auch einen höchstpersönlichen Akt des Individuums darstellt, so ist er nach Durkheim doch vor allem durch den Zustand der jeweiligen Gesellschaft, der ein Individuum angehört, zu erklären. Die Selbstmordhandlung gilt demnach als das Ergebnis der Auseinandersetzung eines Einzelnen mit der Gesellschaft. Jede Gesellschaft hat eine kollektive Neigung zum Selbstmord, die in der jeweiligen Selbstmord-Rate ihren Ausdruck findet. Die Selbstmordhäufigkeit in einer Gesellschaft bleibt solange konstant, solange der Zustand der Gesellschaft sich nicht verändert. Schwerwiegende Mängel in der Sozialstruktur führen zu einem Ansteigen der Selbstmordziffern. Den besten Schutz gegen Suizidhandlungen bietet die Integration in eine soziale Gruppe. Nach Durkheim steht die Selbstmordrate in einem umgekehrten Verhältnis zum Integrationsgrad der Kirche, der Familie und des Staates.

So sieht Durkheim die von ihm gefundene niedrigere Selbstmordrate bei Katholiken durch die stärkere Integration be-

dingt, die die katholische Kirche ihren Mitgliedern bietet, während im Protestantismus der Individualismus vor der Integration Vorrang hat.

Wenn Religionen den Menschen vor der Selbstvernichtung bewahren, dann nicht wegen der von ihnen vertretenen Dogmen, sondern weil sie Gesellschaften verschiedener Intensitätsgrade darstellen, die die Möglichkeit zu größerer oder geringerer Integration bieten.

Jeder Selbstmord läßt sich nach Durkheim einer der drei folgenden Kategorien zuordnen, die jeweils eine unterschiedliche Beziehung des Individuums zur Gesellschaft widerspiegeln.

## DER EGOISTISCHE SELBSTMORD

Diese Kategorie umfaßt die meisten Selbstmorde, die wegen physischer oder psychischer Erkrankung oder als Reaktion auf einen schweren persönlichen Verlust begangen werden.
Durch "exzessiven Individualismus", - d. h., wenn die eigenen Bedürfnisse und Probleme in unangemessener Weise Vorrang haben gegenüber den Forderungen und Verpflichtungen, die die Gesellschaft dem Einzelnen auferlegt - erfolgt eine Lockerung der Integration, was zu einer Reduzierung der Immunität des Betreffenden gegenüber der Neigung zum Selbstmord führt.
Dieser Selbstmordtypus entsteht also als Folge mangelhafter Gemeinschaftsverbundenheit des Individuums.

## DER ALTRUISTISCHE SELBSTMORD

Nicht nur eine übermäßige Vereinzelung, auch eine zu schwach entwickelte Individualität kann die Neigung zum Selbstmord erhöhen.

Dieser Selbstmordtypus kommt vor allem in primitiven Gesellschaften häufig vor: Alte und Kranke scheiden freiwillig aus dem Leben, weil sie der Gesellschaft nicht mehr zur Last fallen wollen, Frauen folgen ihren Männern in den Tod, Gefolgsleute nehmen sich nach dem Tod ihres Herrn das Leben.
Ein Übermaß an Altruismus und Pflichtgefühl kann so zum Motiv der Selbstvernichtung werden.
Diese Kategorie, zu der Durkheim auch die Märtyrer zählt, dürfte heute zahlenmäßig im Rahmen des weltweiten Selbstmordproblems allerdings kaum mehr ins Gewicht fallen.

## DER ANOMISCHE SELBSTMORD

Durkheim betrachtet die Gesellschaft als Macht, die Denken und Handeln des Individuums bestimmt und nimmt an, daß zwischen der Art und Weise, wie sie diese Funktion ausübt und der Selbstmordrate ein Zusammenhang besteht.
Den Zustand, in dem es der Gesellschaft nicht mehr gelingt, das Verhalten des Einzelnen zu lenken und zu regeln, nennt Durkheim "anomie" und den durch diesen Zustand bedingten Selbstmord den "anomischen Selbstmord".
Der nachlassende Einfluß der Religion, die übermäßige Lokkerung der Bindungen an Ehe und Beruf sind Manifestationen der Anomie, die zu einem Anstieg der Selbstmordrate führt.

"Der Mensch unterwirft sich Schicksalsschlägen viel leichter, wenn er in einer Gesellschaft lebt, die ihn in gesunder Disziplin hält." (Durkheim 1973, S. 293)
Eine strenge und relativ starre Gesellschaftsform hält nach Durkheim die Selbstmordrate niedrig.

Außer diesen idealtypischen Erscheinungsformen des Selbstmords kennt Durkheim auch gemischte Formen, wie z. B. den "ego-anomischen Selbstmord", den "anomisch-altruistischen Selbstmord" und den "ego-altruistischen Selbstmord".

Als Weiterführung des Durkheimschen Ansatzes weist der bekannte Soziologe R. König (1973) vor allem auf die Ideen von Maurice Halbwachs (Les causes du suicide) hin, der die Ursachen des Selbstmords in den "Lücken" im sozialen System sieht.
Diese Lücken nehmen durch die Veränderung der sozialen Struktur zu, so daß schließlich "eine Leere um den Selbstmörder entsteht". Halbwachs nähert sich aber der Psychologie insofern, mehr an, als er auch aufzeigt, daß beim Suizidanten immer auch "höchst persönliche" Krisen im Spiel sind.

Douglas (1967) kritisiert sowohl an Durkheims Ansatz als auch allgemein an der Theorie und Empirie der Soziologie, daß die Untersuchungen durchweg deduktiv-hypothetisch sind, aber vorgeben, induktiv von verläßlichen Daten auszugehen. Der Sinn der suizidalen Handlung wird nicht vom Suizidanten erfragt, sondern vom Soziologen nach dessen theoretischem Hintergrund erschlossen. Offizielle Statistiken werden als Fakten genommen, ohne daß die sie erstellenden Organisationen selbst hinsichtlich ihrer Verheimlichungstendenz, ihrer Motive, ihrer Durchführungstechniken usw. untersucht werden.
Douglas schlägt vor, vom unmittelbar gegebenen Sinn, wie er sich für den Suizidanten selbst stellt, auszugehen und erst durch Analyse und Vergleich der Bedingungen zu einem abstrahierten Sinn zu kommen.

## 2.2. DIE "KLASSISCHE" PSYCHOANALYTISCHE THEORIE

Während Durkheim die soziologischen Faktoren, die Einfluß auf die Entstehung von Selbstmordhandlungen haben, untersuchte, sieht die klassische psychoanalytische Theorie ih-

ren Erklärungsansatz vor allem in der intrapsychischen Dynamik des Individuums.

In der klassischen psychoanalytischen Theorie spielt der Mitmensch die entscheidende Rolle als intrapsychisches Objekt des Hasses. Abraham hatte bereits 1912 (zitiert nach Pohlmeier 1976) die Rolle der Ambivalenz, d. h., den Konflikt zwischen Liebe und Haß als bedeutsam für die Entstehung der Depression dargestellt.

Die wichtigsten Gedanken Freuds zu dieser Problematik finden sich in seiner Arbeit "Trauer und Melancholie" (1917).

Die Selbstmordhandlung wird dort als autoaggressiver Akt und als Konsequenz der depressiven Dynamik verstanden. Kernpunkt dieser depressiven Dynamik ist ein Aggressionskonflikt.

Freud stellte fest ... "daß kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet ..." (Freud 1917, S. 205/206). Woher kommen diese Mordimpulse? Nach Freud sind sie Reaktionen auf einen Objektverlust bzw. Reaktionen auf "Situationen von Kränkung, Zurücksetzung und Enttäuschung, durch welche ein Gegensatz von Lieben und Hassen in die Beziehung eingetragen oder eine vorhandene Ambivalenz verstärkt werden kann." (Freud 1917; Band III, S. 205)

Diese Mordimpulse bzw. Haßgefühle müssen abgewehrt werden, da sie einem ursprünglich geliebten wichtigen Objekt gelten. Es handelt sich also um einen Ambivalenzkonflikt, d.h., um einen Konflikt zwischen miteinander unvereinbaren Strebungen, um einen Konflikt zwischen Liebe und Haß.

Die Abwehr der aggressiven Strebungen geschieht nach psychoanalytischer Theorie durch Regression auf die orale Erlebnisweise mit der Phantasie, sich das versagende Objekt einzuverleiben, um sich somit vor einem - als unerträglich

empfundenen - Verlust zu schützen. Die Libido, die das verlorene Objekt besetzt hatte, wird ins Ich zurückgezogen und dort zur Identifizierung mit dem verlorenen Objekt verwendet. Das Über-Ich wendet nun alle Aggressionen gegen das Ich; unter der Aggression, unter der ursprünglich das Objekt leiden sollte (weil man von ihm verlassen oder auch nur enttäuscht wurde), leidet nun das Ich, das das Objekt verinnerlicht hat, d. h., das Objekt zu einem Teil seiner selbst gemacht hat.
Die für die Depression typische Selbstherabsetzung, die Selbstvorwürfe und Selbstanklagen sind nach Freud Anklagen, die eigentlich dem ambivalent geliebten - nach der Enttäuschung gehaßten - Objekt gelten, aber nun gegen das eigene Ich, das mit dem Objekt verschmolzen ist, gerichtet werden.

Die entsprechenden ambivalenten Gefühlsregungen sind also erst auf ein äußeres, dann auf ein verinnerlichtes Objekt gerichtet.
Voraussetzung sind demnach für eine Selbstmordhandlung intensive - meist unbewußte - Haßgefühle gegen ein ursprünglich geliebtes Objekt, mit dem sich der Suizidant identifiziert, so daß er den Gehaßten zugleich mit sich selbst zu töten wünscht.

Henseler (1976 a) weist darauf hin, daß Freud stets eine komplizierte Überdetermination von Motiven angenommen habe und daß bereits in der klassischen Selbstmordtheorie - wenn auch nicht zu einem einheitlichen Konzept verbunden - Motive wie Appell, Rache, Selbstbestrafung und symbolische Erfüllung sexueller Wünsche angenommen werden.

## 2.3. DIE ENTWICKLUNG DER PSYCHOANALYTISCHEN THEORIE ZUR DEPRESSION

Wenn wir im Rahmen unserer Arbeit die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression darstellen, so sind wir uns dessen bewußt, daß es sich nur um das Aufzeigen einer sehr allgemeinen Entwicklungslinie handeln kann, wobei Simplifizierungen im Hinblick auf die Komplexität der teilweise noch uneinheitlichen theoretischen Auffassungen nicht ganz zu vermeiden sein dürften.

Die gegenwärtigen psychoanalytischen Vorstellungen über Wesen und Genese der Depression werden von einer so profunden Kennerin der psychoanalytischen Literatur wie Edith Jacobson noch immer als "bruchstückhaft, wenig schlüssig und sogar widersprüchlich" (1977, S. 215) bezeichnet.

In der Anfangszeit der Psychoanalyse stand bei der Untersuchung der Depression vor allem das Problem der oralen Fixierung sowie der Triebkonflikt zwischen aggressiven und libidinösen Trieben im Vordergrund, später dagegen wurde die entscheidende Rolle des Selbstwertgefühls bei der Entstehung der Depression beachtet.

Auf die Bedeutung der Selbstachtung, die bei depressiven Patienten besonders von äußerer Zufuhr abhängig ist, weist deutlich Fenichel (1945, - zitiert nach 1975) hin. Die Instabilität der Selbstwertregulation sieht Fenichel allerdings noch vor allem in Zusammenhang mit dem Problem der traumatischen oralen Fixierung. Die schwere Depression ist nach Fenichel (1975, S. 274) "der Zustand, in den ein oral abhängiges Individuum gerät, wenn es ihm an lebenswichtiger Zuwendung mangelt".

Eine leichte Depression gilt als Antizipation eines solchen Zustandes und hat Signalfunktion. Die neurotische Depression hat nach Fenichel eine appellative Funktion an das Objekt, d. h., die Patienten versuchen, die Menschen in ihrer Umgebung dazu zu bewegen, ihnen ihr verlorenes Selbstgefühl wieder zu geben, während die psychotische Depression vor allem einen Regulationsversuch in bezug auf das Über-Ich darstellt.

Erlebnisse, die Depressionen auslösen, stellen - wie Fenichel betont - "entweder einen Verlust des Selbstgefühls oder einen Verlust der Zufuhr dar, von der der Patient gehofft hatte, daß sie sein Selbstgefühl garantieren oder vergrößern würde". (1975, S. 277) Menschen reagieren demnach auf Liebesenttäuschungen vor allem dann mit schweren Depressionen, wenn ihnen das Liebeserleben nicht bloß sexuelle, sondern vor allem auch narzißtische Befriedigung gebracht hatte.
Noch ganz im Rahmen der klassischen Theorie hält sich Fenichel, wenn er feststellt, daß im Selbstmord des Depressiven vor allem 2 Tendenzen befriedigt werden: eine dem einverleibten Objekt geltende, aber gegen das eigene Ich rückgewendete Mordtendenz und eine Unterwerfung unter ein übermäßig grausames Über-Ich, um dessen Verzeihung zu erlangen.

Nach der Einführung der ich-psychologischen Konzepte in den 50er Jahren wird die Betonung der oralen Fixierung als Vorbedingung für die Entstehung der Depression vernachlässigt und immer mehr auf die entscheidende Rolle der Regulation des Selbstwertgefühls hingewiesen, d. h., narzißtische Vorgänge wurden zunehmend in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Auch die Aggressionsproblematik erhielt bei manchen Autoren einen anderen Stellenwert. Die Depression wurde zunehmend als eine "Krankheit des Ichs" aufgefaßt, bei der die nach innen gewendete Aggression eine Komplikation

sein kann, aber nicht sein muß. (Pohlmeier 1976, S. 690) Krankheit des Ichs bedeutet, daß das Ich seine kontrollierenden und regulierenden Funktionen in mehr oder weniger großem Ausmaß verliert.

Pohlmeier stellt fest, daß bei der Depression, der immer ein Verlusterlebnis zugrunde liegt, "innerpsychisch oder intrasystematisch sich die Auseinandersetzung nach dem Verlusterlebnis fortsetzt und der totale Rückzug von der Außenwelt in der schwersten Depression das Ich wieder in den frühesten Zustand seiner narzißtischen Position versetzt." (Pohlmeier 1976, S. 690)

Nach Bibring (1953) ist die Depression vor allem durch einen intrasystematischen Konflikt gekennzeichnet, der entsteht durch hohe Maßstäbe des Ich-Ideals und der Unfähigkeit des Ichs, diese Ansprüche zu erfüllen. Bibring betont, daß diese hohen Ansprüche nicht an das orale Niveau gebunden sein müssen.
Auch die Enttäuschung darüber, daß man eigene anale oder phallische Erwartungen (z. B. den Wunsch aggressionsfrei oder stark zu sein) nicht erfüllen kann, führt zu den für die Depression typischen Gefühlen von Hilflosigkeit und Minderwertigkeit.
Aggression entsteht für Bibring erst sekundär aus dem Gefühl der Hilflosigkeit. D. h., im Vordergrund der Theorie zur Depressionsentstehung steht hier nicht mehr ein Aggressionskonflikt, sondern ein Strukturkonflikt.

Jacobson (1977, S. 234) dagegen bezieht in ihre Auffassung von der Entstehung der Depression die Aggression stärker in ihr Konzept ein: "Der G r u n d k o n f l i k t scheint in allen depressiven Zuständen von gleicher Art zu sein: Frustration bewirkt Wut und feindselige Versuche, die erwünschte Befriedigung zu erlangen; ist das Ich, aus äußeren oder inneren Gründen, unfähig, dieses Ziel zu erreichen,

wendet sich die Aggression gegen die Selbstimago. Der sich anschließende Verlust des Selbstwertgefühls bringt einen narzißtischen Konflikt zum Ausdruck, das heißt, einen Konflikt zwischen der wunschbestimmten Selbstimago und der Imago des scheiternden entwerteten Selbst."

Der Unterschied zwischen neurotischer und psychotischer Depression wird nach psychoanalytischer Auffassung durch die "Tiefe der narzißtischen Regression" (Fenichel 1975) bestimmt.

Narzißtische Regression bedeutet, daß die Beziehungen innerhalb der Persönlichkeit die Objektbeziehungen ersetzen, d. h., der Patient regrediert auf eine frühe Entwicklungsstufe, auf der noch keine Objekte existieren.
Der Rückzug der Objektbesetzungen wird vom Depressiven in der Weise empfunden, daß ihm die Welt "entleert" erscheint.

Der Einfluß konstitutioneller und neurophysiologischer Faktoren wird von psychoanalytischer Seite im allgemeinen - wenn auch von den einzelnen Autoren in unterschiedlichem Maße - anerkannt. (Vgl. Fenichel 1975, Jacobson 1977)

Fischer (1976) faßt in einem Referat den gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Depressionstheorie folgendermaßen zusammen:
"Den Kern jeder depressiven Reaktion oder Erkrankung bildet das herabgesetzte Selbstwertgefühl, dessen metapsychologische Ursache ein aggressiver Konflikt ist. ... Eine Prädisposition zur Depression setzen frühe Traumatisierungen, bei denen das Kind noch nicht trauern kann, seine Ambivalenz und die narzißtischen Konflikte noch nicht lösen kann, weshalb libidinöse und aggressive Kräfte ungenügend neutralisiert werden. Angeborene und somatogene Faktoren sind in der Genese der Depression anzunehmen. Die auslösenden Konflikte, die zur Depression führen, können sich auf allen Entwicklungsstufen abspielen." (S. 939)

Das Konzept der klassischen Depressionstheorie und der gegenwärtige ichpsychologische Ansatz zur Genese der Depression werden in der psychoanalytischen Auffassung nicht als einander widersprechend, sondern vielmehr als einander ergänzend gesehen. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Konzepten besteht darin, daß in der klassischen Theorie vor allem die Triebschicksale untersucht wurden, während der ichpsychologische Ansatz darüber hinaus die Veränderung in der Struktur und der Funktion des Ichs und Über-Ichs in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellt.
Von der Ich-Psychologie aus erweiterte sich die Betrachtung auf das Selbst, d. h. auf die Person des Menschen, die durch eine Überbetonung der Triebdynamik zeitweise in einer zu eingeschränkten und dadurch verzerrten Perspektive gesehen wurde. (Henseler 1974, Pohlmeier 1976)

## 2.4. NARZISSMUSTHEORIE UND SUIZIDALE DYNAMIK

In der neueren psychoanalytischen Literatur (vgl. vor allem Henseler 1974, 1976 a) findet die suizidale Dynamik ihre Erklärung in einer Störung des narzißtischen Regulationssystems, d. h. in einem sehr störungsanfälligen Selbstwertgefühl, das durch - äußerlich oft gering erscheinende - Kränkungen in inadäquater Weise getroffen wird und dem keine reifen Kompensationsmechanismen zur Verfügung stehen.

### 2.4.1. BEGRIFFSERKLÄRUNG

Mit Narzißmus bezeichnete Freud - in Anlehnung an die griechische Sage vom Jüngling Narziß, der sich in sein eigenes

Spiegelbild verliebte - den Zustand der auf die eigene Person gerichteten Libido.
Obwohl Freud sich erst 1914 mit seiner Abhandlung "Zur Einführung des Narzißmus" ausführlicher mit diesem Thema befaßte, hatte er den Terminus bereits 1909 zur Bezeichnung eines notwendigen Übergangsstadiums zwischen dem Autoerotismus und der Objektliebe eingeführt. (Freud, Studienausgabe Bd. III, S. 39)
Freud sah die Narzißmustheorie vor allem als energetisches Konzept, in dem sich Objektlibido und narzißtische Libido komplementär zueinander verhalten. Am Amöbenmodell erklärt Freud, wie die Libido auf die Objekte übergeht und wie die Objektlibido - nach Verlust des Objekts - wieder auf das Selbst zurückgezogen wird.
Der Terminus Narzißmus ist ein fester, aber keineswegs einheitlich verwendeter Begriff der Psychoanalyse.

Nach Brenner (1973) bezeichnet der Begriff - soweit er auf Erwachsene angewendet wird -, drei unterschiedliche, wenn auch eng zusammenhängende Dinge:
"1. Eine Überbesetzung des Selbst;
2. eine Unterbesetzung der Objekte der Außenwelt; und
3. eine pathologisch unreife Beziehung zu diesen Objekten."
(S. 122)

Allgemein versteht die Psychoanalyse unter "Narzißmus oder narzißtisch die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selbst. Ist diese realitätsgerecht, spricht man von gesundem Narzißmus, ist sie es nicht, von narzißtischer Störung." (Henseler 1974, S. 73)
Die Regulation des Narzißmus beschreibt Henseler als "die Aufrechterhaltung eines affektiven Gleichgewichts bezüglich der Gefühle von innerer Sicherheit, von Wohlbehagen, Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, ...".(Henseler 1974, S. 73)

Dieses Gleichgewicht darf aber nicht mit dem Zustand der Entspannung nach Triebabfuhr gleichgesetzt werden.
Als sich die Psychoanalyse von einer Analyse des "Es" zu einer Analyse des "Ich" entwickelte, rückte neben den in der Frühzeit bedeutsamen "Triebschicksalen" die Entwicklung des Selbst mehr in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Die Narzißmustheorie bzw. die Theorie des Selbst wurde zum zentralen Thema der Psychoanalyse.
Diese Theorie ist keineswegs eine einheitliche. (Vgl. Köhler 1978) Am besten ausgearbeitet erscheint wohl derzeit das Konzept von Kohut (1973, 1979), das auch Henseler zur Grundlage seiner Suizidforschung machte und auf das auch wir uns bei der nun folgenden Darstellung hauptsächlich stützen werden.

## 2.4.2. DIE ENTSTEHUNG DES NARZISSTISCHEN REGULATIONSSYSTEMS

Die Grundannahme der psychoanalytischen Narzißmustheorie besagt, daß der Fötus in der intrauterinen psychophysiologischen Einheit mit der Mutter einen Zustand von Harmonie, Spannungsfreiheit, Sicherheit und Geborgenheit erlebt. Eine Fortsetzung dieses harmonischen Primärzustandes kann man "wenigstens für größere Zeiträume auch für die frühe Säuglingszeit voraussetzen". (Henseler 1974, S. 74)
Der Unterbrechung dieses intrauterin beginnenden Zustandes der Harmonie durch das Trauma der Geburt wird heute die ihr von Rank zugewiesene und selbst von Freud später kritisch beurteilte Bedeutung (vgl. Jones 1978, Bd. III) nicht mehr zuerkannt.
Im harmonischen Primärzustand kennt der Säugling noch keine Trennung zwischen Ich und Nicht-Ich: "Der Säugling sondert noch nicht sein Ich (Selbst) von einer Außenwelt als Quelle der auf ihn einströmenden Empfindungen." (Freud 1930, S. 199, Bd. IX) Freud nennt diesen Zustand den primären Narzißmus.

Das Kind lebt in einer symbiotischen Vereinigung mit der Mutter und erlebt z. B. die mütterliche Brust als Teil des eigenen Selbst.
Die allmählich einsetzenden Frustrationen, z. B. durch die nicht ständige Verfügbarkeit der mütterlichen Brust, zeigen dem Säugling, daß es Objekte gibt, die außerhalb seines Selbst liegen. Über bestimmte Vorstufen entstehen innere Bilder von der eigenen Person (Selbstrepräsentanzen) und von den Objekten (Objektrepräsentanzen).
(Für die Objekte, die das Kind zwar kognitiv als von sich getrennt erkennt aber durch ihre besondere bedürfnisbefriedigende Funktion als zum eigenen Selbst gehörend erlebt, hat Kohut den Namen "Selbstobjekte" vorgeschlagen.)
Die durch die unvermeidlich einsetzenden Frustrationen bedingte Beeinträchtigung seiner bisherigen Vollkommenheit verarbeitet das Kind nach Kohut durch zwei grundlegende Konfigurationen:

"a) den Aufbau eines grandiosen und exhibitionistischen Bildes des Selbst: das Größen-Selbst; und

b) indem es die vorherige Vollkommenheit einem bewunderten, allmächtigen (Übergangs-)Selbst-Objekt zuweist: der idealisierten Elternimago." (Kohut 1974, S. 43)

Ein Teil der ursprünglichen narzißtischen Vollkommenheit wird also nun aufrechterhalten durch die Vorstellung:
"Ich bin vollkommen" (Größen-Selbst) und
"Du bist vollkommen, aber ich bin ein Teil von Dir". (Idealisierte Elternimago)

Diese infantilen Größenvorstellungen müssen im Laufe des Erwachsenwerdens abgebaut und in die Persönlichkeit adäquat integriert werden. Damit dies geschehen kann, müssen sie zur rechten Zeit erlebt und befriedigt werden. Jedes Kind hat

das elementare Bedürfnis, von seiner Mutter verstanden, geliebt und bewundert zu werden und sie zu einem mächtigen bewundernswerten Objekt zu idealisieren. Die exhibitionistische Lust des Kindes muß von der Mutter angenommen und gespiegelt werden. "Der Glanz im Mutterauge" (Kohut) ist für die Entwicklung eines gesunden Selbstgefühls des Kindes unentbehrlich.

Wichtig ist, daß die Mutter fähig ist, das Kind als eigenes, von sich getrenntes Objekt zu lieben. Besetzt die Mutter das Kind narzißtisch, d. h., empfindet sie es als Teil ihrer selbst, dann fehlt dem Kind der Raum, in dem es s e i n e Gefühle und s e i n e Empfindungen erleben kann. In einem solchen Fall können die narzißtischen Bedürfnisse des Kindes nicht in die Persönlichkeit integriert werden. Sie müssen verdrängt werden und behalten dadurch ihre archaische Größe und Dynamik.

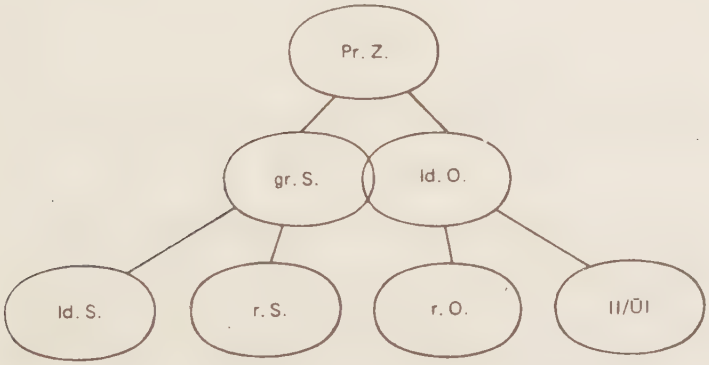
Nur wenn die Mutter Empathie für die kindlichen Bedürfnisse empfindet und traumatische Verzögerungen im Wiedererreichen des narzißtischen Gleichgewichts verhindert, kann das Kind schrittweise sein Verlangen nach absoluter Vollkommenheit modifizieren. Bei mäßigen Verzögerungen und Einfühlungsstörungen der mütterlichen Versorgung zieht das Kind narzißtische Libido von der archaischen Imago bedingungsloser Vollkommenheit ab und erwirbt dadurch einen Baustein einer inneren Struktur, die die mütterlichen Funktionen übernimmt und das narzißtische Gleichgewicht aufrecht erhält.

Dieser s c h r i t t w e i s e Besetzungsentzug von der idealisierten Elternimago ist für Kohut die unerläßliche Bedingung für den Erwerb innerer, das narzißtische Gleichgewicht aufrecht erhaltender Strukturen, die eine weitgehende Unabhängigkeit von der äußeren Zufuhr narzißtischer Gratifikation gewähren können.

Sehr frühe Störungen in der Beziehung zum idealisierten Objekt führen zu einer allgemeinen Strukturschwäche, die die Fähigkeit des psychischen Apparates beeinträchtigt, ein grundlegendes narzißtisches Gleichgewicht aufrecht zu erhal-

ten. Es kommt zu einer diffusen Verwundbarkeit, zu einem Defekt in der psychischen Struktur.
Traumatische Störungen in der Beziehung zum idealisierten Objekt können auch in späteren Entwicklungsphasen entstehen, behindern aber die Entwicklung eines gesunden Selbstgefühls nicht in dem gleichen Maße wie Störungen, die zu einem sehr frühen Zeitpunkt entstehen.
Bedeutsam für die Entstehung eines gesunden narzißtischen Regulationssystems ist also, daß die äußeren Quellen narzißtischen Wohlbehagens umgewandelt werden in innere. Erfolgt die Traumatisierung zu heftig, so können die idealisierten Elternimagines nicht ins Über-Ich aufgenommen werden. Das Selbstwertgefühl bleibt dann abhängig von idealisierten Außenobjekten und ist entsprechend leicht traumatisierbar.
Werden nach dem Prinzip der optimalen Versagung (vgl. Loch 1970) Exhibitionismus und Größenwahn des archaischen Größen-Selbst allmählich gezähmt und in die Persönlichkeit integriert, so liefern sie Triebenergie für ich-syntone Erwartungen und Ziele sowie für wichtige Aspekte der Selbstachtung.
Die idealisierte Elternimago wird unter günstigen Umständen als idealisiertes Über-Ich introjiziert und wird somit zu einem wichtigen Bestandteil der psychischen Struktur, die Funktionen übernimmt, die vorher vom Objekt ausgeübt worden waren.
Integration und schrittweise Reduzierung des arachaischen Größen-Selbst und der archaischen Elternimago ist Voraussetzung für die Entstehung von Repräsentanzen des realen Selbst und der realen Objekte.

Graphische Darstellung der Entwicklung des narzißtischen Systems. (Henseler 1974, S. 79)




Pr. Z. = Primärzustand
gr. S. = grandioses Selbst
Id. O. = idealisiertes Objekt
Id. S. = Ideal-Selbt
r. S. = reales Selbst
r. O. = reales Objekt
II/ÜI = Ich-Ideal/Über-Ich-System

## 2.4.3. DIE NARZISSTISCHE OBJEKTBEZIEHUNG

Freud (1914) beschrieb 2 Arten von Objektbeziehungen. Man liebt einen anderen Menschen, weil er wegen seiner Eigenart den eigenen Bedürfnissen entgegenkommt: wie z. B. "die nährende Frau, den schützenden Mann". Freud nannte dies die Objektwahl nach dem Anlehnungstypus.

Bei der narzißtischen Objektwahl dagegen liebt man den anderen, weil er in gewissen Aspekten dem Bild von der eigenen Person entspricht.

Man liebt:
"a) was man selbst ist (sich selbst),
b) was man selbst war,
c) was man selbst sein möchte,
d) die Person, die ein Teil des eigenen Selbst war."
(Freud 1914, S. 56)

D. h. bei der narzißtischen Objektwahl schätzt man sich selbst im anderen.
Narzißtische Objektbeziehungen sind wichtig, ubiquitär und nicht grundsätzlich pathologisch. Im allgemeinen bestehen narzißtische und objektgerichtete Beziehungen nebeneinander. Da die narzißtischen Objektbeziehungen durch Identifikationen und Idealisierung Aggressionen ausschließen, können sie besonders befriedigend sein. Die Pathologie narzißtischer Objektbeziehungen beginnt dann, wenn sie nicht mehr locker und flexibel gehandhabt werden können, wenn der Narzißmus bei der Objektwahl nicht mehr Möglichkeit, sondern starre und unveränderbare Bedingung wird, wenn das Objekt eine entscheidende Funktion für das narzißtische Gleichgewicht erhält.
Besonders narzißtisch labile Menschen sind darauf angewiesen, entweder jemanden zu finden, den sie als Spiegelbild eigener Schwächen lieben können oder der durch besondere, den Schwächen entgegengesetzte Attribute den Mangel ausgleicht.
Haben sie diesen Partner gefunden, so bedeutet dies für sie eine große narzißtische Zufuhr, die ihnen für - die Zeit ihrer Dauer - das Gefühl innerer Sicherheit vermittelt. Da aber Eigenständigkeit und Eigenart des Partners bei der narzißtischen Objektbeziehung außer acht gelassen werden, sind Enttäuschungen unvermeidlich, wenn das Objekt die ihm zugedachten Eigenschaften vermissen läßt.

Wegen des besonderen Stellenwerts des Objekts für das narzißtische Regulationssystem werden diese Enttäuschungen als schwere Kränkungen empfunden und mit Verzweiflung und Wut beantwortet.

## 2.4.4. MECHANISMEN ZUR ERHALTUNG DES NARZISSTISCHEN GLEICHGEWICHTS

Es scheint ein ubiquitäres Bedürfnis des Menschen zu sein, das narzißtische Gleichgewicht zu schützen, wenn es bedroht ist und es wiederherzustellen, wenn es verloren gegangen ist.
Entsprechend dem jeweiligen Reifestadium oder entsprechend der Schwere der erlittenen Kränkung stehen dem Menschen verschiedene Techniken und Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung, die von Henseler (1973, 1974, 1976) folgendermaßen beschrieben werden:

### 2.4.4.1. KOMPENSATION DURCH REGRESSION

Die Regression auf den genetisch frühen harmonischen Primärzustand im Sinne von Verschmelzungsphantasien, die auch ausagiert werden können, gilt als pathologische Reaktion. Es erfolgt eine Aufgabe der Identität zugunsten der Symbiose. Die korrespondierenden Phantasien enthalten Wünsche nach Ruhe, Erlösung, Verschmelzung, Geborgenheit, Triumph usw..

Mit dem Agieren wird versucht, der Gefahr des narzißtischen Zusammenbruches zu entgehen. Henseler erinnert in diesem Zusammenhang an die Hochschätzung des Freitodes, die Verherrlichung des Heldentodes, wo durch aktives Vorwegnehmen des Todes ein Zustand ewiger Größe erreicht werden soll.

### 2.4.4.2. KOMPENSATION DURCH VERLEUGNUNG BZW. ENTWICKLUNG VON GRÖSSENPHANTASIEN

Die Verleugnung negiert die erlittene Kränkung. Die Idealisierung vergrößert das Selbst oder die Objekte zu unrealistischer Grandiosität. (Man fühlt sich nicht als Versager, sondern als verkanntes Genie.) Beide Mechanismen gelten beim Erwachsenen als unreife Reaktion, entsprechen aber im Rahmen der kindlichen Entwicklung notwendigen Übergangsstadien.

Verständige Eltern fördern in Maßen die Größenphantasien des Kindes, indem sie ihm Bewunderung zollen und sich selbst als idealisierbare Objekte anbieten (Entwicklung von Größen-Selbst und idealisierten Elternimagines).

### 2.4.4.3. KOMPENSATION DURCH ANGLEICHUNG AN DIE REALITÄT

Sie gilt als adäquate Reaktion zur Wahrung des bedrohten Selbstgefühls.
Im Laufe der Entwicklung wird die Idealisierung des Selbst und der Eltern abgelöst durch eine realitätsgerechtere Einstellung.
Eine Kränkung des Selbstwertgefühls kann dann auf seine reale Bedeutung reduziert werden und ihr Stellenwert als nicht gewichtig erachtet werden. Der narzißtisch nicht gestörte Mensch kann sein Ich-Ideal herabsetzen und sich angemessen gegen Kränkungen wehren.

### 2.4.4.4. KOMPENSATION DURCH VERINNERLICHUNG

Verinnerlichte Idealrepräsentanzen (Ideal-Selbst) bieten Schutz, indem sie die erlittene Kritik nicht für das ganze Selbst gelten lassen, sondern auf ein momentanes Versagen beschränken, das das allgemeine Selbstwertgefühl nicht allzu sehr belastet.

"Das Ideal-Selbst ist ein dynamisch sich veränderndes Idealbild von der eigenen Person, welches prinzipiell als r e a l erlebt wird." (Henseler 1973, S. 61)
Das gesunde Ideal-Selbst gibt dem Menschen innere Sicherheit, Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein.
Es verleiht ihm weitgehende Unabhängigkeit von äußeren narzißtischen Zufuhren und gewährt ihm Schutz vor verletzenden Kränkungen.

## 2.4.5. NARZISSTISCHE KRISE UND SUIZIDHANDLUNG

Henseler hat in seinen Arbeiten (1974, 1976) ein theoretisches Modell zur Psychodynamik des Selbstmordes abgeleitet, das - auf der Grundlage der Narzißmustheorie - die Suizidhandlung als eine Art "Ehrenrettung" versteht, d. h. eine Suizidhandlung erfolgt dann, wenn es dem Suizidanten nicht mehr möglich scheint, das bedrohte Selbstwertgefühl auf andere Weise zu schützen.
Einer Situation, die vor allem in Hinblickauf das Selbstwertgefühl als vernichtend erlebt wird, begegnet der Suizidant dadurch, daß er ihr aktiv zuvorkommt. Die Illusion von Selbstbestimmung wird dadurch gewahrt, daß der Suizidant auf seine Identität als Individuum verzichtet, was nach Henseler gleichbedeutend ist mit einer Regression auf den harmonischen Primärzustand, d. h. auf einen konfliktfreien Zustand, wie er im Nicht-mehr-Sein gegeben ist.

Gestützt wird diese Theorie durch die Aussagen vieler Suizidanten, die angeben, daß der Entschluß zum Selbstmord auf sie eine entlastende Wirkung gehabt, ihnen ein Gefühl von Ruhe und Souveränität vermittelt habe.
Das Appellverhalten vieler Suizidanten stellt nach Henseler den Versuch dar, das zur Aufrechterhaltung des narzißtischen

Gleichgewichts dringend benötigte Objekt zurückzugewinnen und die Kränkung auszugleichen.
Wendet sich das enttäuschende Objekt oder ein anderes, narzißtische Zufuhr gewährendes Objekt (wie z. B. Arzt, Krankenschwester, Psychologe, Verwandte, Freunde) dem Suizidanten zu, so ist nach Henseler die Suizidgefahr gebannt.

Die suizidale Persönlichkeit beschreibt Henseler folgendermaßen:
Der Suizidant ist eine in ihrem Selbstwertgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit, die sich zu ihrem Schutz in hohem Maße infantiler Kompensationsmechanismen bedient.
Das Selbstwerterleben des Suizidanten schwankt zwischen den Extremen von einzigartiger Größe und Nichtigkeit. (Vgl. Entwicklung des narzißtischen Systems)
Viele Suizidanten räumen ein, daß sie an sich selbst überhöhte Ansprüche stellen und sich minderwertig fühlen, wenn sie diesen nicht genügen können.
Die Realitätskontrolle des Suizidanten ist gelockert. Vorherrschend sind in bezug auf die Realität Verleugnung und Idealisierung. Die typische Unfähigkeit des Suizidanten, mit seinen eigenen aggressiven Impulsen umzugehen, erklärt Henseler durch die überhöhte Einschätzung der eigenen Person, die auch eine überhöhte Vorstellung von der Auswirkung der eigenen Triebimpulse beinhaltet.
Henseler fand bei Suizidanten häufig die Vorstellung, daß ein Wutausbruch nicht wieder gut zu machende Folgen haben könnte.
Aggressive Impulse müssen auch deshalb unterdrückt werden, da sie geeignet sind, die narzißtische Objektbeziehung zu zerstören, derer der Suizidant zur Aufrechterhaltung seines narzißtischen Gleichgewichts bedarf.
Nach Henseler besteht ein großer Teil der suizidauslösenden Krise darin, daß ein für das narzißtische Regulationssystem des Suizidanten wichtiges Objekt versagt.
Henseler glaubt, daß hierin der Schlüssel und das Verständnis für die oft so banal erscheindenden Motive zum Selbstmord gefunden werden könnte.

Henseler stellte bei Suizidanten Kontaktschwäche vor allem in dem Sinne fest, daß sie unfähig sind zu dauerhafter, tiefgehender Objektbeziehung. Besteht eine dauerhafte Beziehung, so ist sie häufig problematisch.
Suizidanten sind aber selten völlig alleinstehend, oft haben sie viele Freunde (gemeint sind wohl eher Bekannte) aber eben keine dauerhaften und zuverlässigen Partner.
Henseler überprüfte seine theoretischen Vorstellungen an 200 Personen mit einer unsystematischen Untersuchung und an 50 Personen mit einer ausführlichen halbstandardisierten Beobachtung, Exploration, Fragebogenerhebung und einem projektiven Test. (Object Relation-Technique, ORT nach Philippson)

Er fand folgende Bestätigung seiner Thesen:

"1. daß sich bei einer hohen Zahl dieser Patienten eine narzißtische Problematik schon weit vor dem suizidalen Akt nachweisen ließ;

2. daß die narzißtische Problematik maßgeblich war für die Auslösung der Suizidimpulse;

3. daß sich die narzißtischen Konflikte - entsprechend dem vermuteten Zusammenhang mit den drei Phasen der infantilen Sexualentwicklung - ihrem Inhalt nach in drei Gruppen einteilen lassen: In Konflikte bezüglich der psychosexuellen Identität, in Konflikte bezüglich Wert und Macht und in Konflikte bezüglich des Akzeptiertseins als Mensch schlechthin." (Henseler 1976, S. 836)

Kritisch ist zu der - in psychodynamischer Hinsicht sehr interessanten und im Sinne der Hypothesenbildung sehr wertvollen - Studie Henselers folgendes anzumerken:
Wenn Henselers Untersuchung auch schlüssig den Nachweis dafür erbracht hat, daß sich eine narzißtisch gestörte Persönlichkeitsstruktur bei sehr vielen

Suizidpatienten feststellen ließ, so bleibt doch auf das Fehlen einer entsprechenden Kontrollgruppe hinzuweisen.
Dies gilt umso mehr, als allgemein eine durch die Veränderung des soziologischen und familiären Hintergrundes bedingte Zunahme narzißtischer Störungen angenommen wird. (Vgl. Riemann 1974) (Es bleibt natürlich die Frage offen, ob narzißtische Störungen wirklich häufiger geworden sind, oder ob sie nur auf Grund der Erweiterung des theoretischen Rahmens häufiger diagnostiziert werden.)
Es erscheint uns jedenfalls sinnvoll zu fragen, nicht nur o b narzißtische Störungen bei Suizidpatienten v o r h a n d e n sind, sondern auch, ob sie bei Suizidpatienten signifikant h ä u f i g e r a u f t r e t e n als bei der Normalpopulation zu erwarten wäre.

## 2.5. DAS PRÄSUIZIDALE SYNDROM

Ringel (1953, 1969) versuchte einen allen Selbstmordhandlungen zugrunde liegenden "gemeinsamen Nenner" zu finden und beschrieb als diagnostisches Kriterium für die praktische Selbstmordprophylaxe das "präsuizidale Syndrom".
Ringel nimmt an, daß dieses Syndrom - auch wenn es nicht in dem Maße spezifisch ist, daß es eine Suizidtat mit Sicherheit voraussagt -, in der Regel jeder Selbstmordhandlung vorausgeht.
Ringel bezeichnet dieses Syndrom als richtungsweisend in dem Sinne, daß es eindringlich auf eine bestehende Selbstmordgefahr hinweist und zu entsprechenden Gegenmaßnahmen verpflichtet.

## 2.5.1. DIE TRIAS DES SYNDROMS bilden

a) Einengung,

b) verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression sowie Aggressionsumkehr gegen die eigene Person,

c) Selbstmordphantasien.

### ad a) EINENGUNG

Kennzeichnend für den Zustand, den Ringel als Einengung bezeichnet, ist die Empfindung, von allen Seiten behindert zu sein, in einen immer engeren Rahmen gepreßt zu werden, keine Entwicklungs- und Entscheidungsmöglichkeiten mehr zu haben.

Es handelt sich um eine Einengung aller situativen und dynamischen Entfaltungsmöglichkeiten, von der vor allem das subjektive Erleben betroffen ist.
Von der Einengung können ebenso die Affekte wie die Wertwelt (vgl. Ringel 1965) beeinflußt sein. Vor allem aber trifft sie die mitmenschlichen Beziehungen in dem Sinne, daß die Zahl der Beziehungen reduziert wird oder die vorhandenen Beziehungen ihre Bedeutung verlieren.

### ad b) VERSTÄRKTE UND GLEICHZEITIG GEHEMMTE AGGRESSION SOWIE AGGRESSIONSUMKEHR GEGEN DIE EIGENE PERSON

Aggressionshemmung gilt als die entscheidende Voraussetzung für die Wendung der Aggression gegen die eigene Person.

Aggressionshemmung führt Ringel auf folgende Faktoren zurück:
- auf eine Persönlichkeitsstruktur, die durch ein besonders

strenges und starres Über-Ich gekennzeichnet ist,
- auf Erkrankungen, die zu einer Hemmung im körperlichen wie im seelischen Bereich führen (z. B. endogene Depression),
- auf fehlende zwischenmenschliche Beziehungen und
- auf Bedingungen einer übersteigerten Zivilisation.

ad c) SELBSTMORDPHANTASIEN

sind nach Ringel mehr ein Begleitsymptom der beiden anderen Faktoren des präsuizidalen Syndroms.
Die Phantasie bereitet den Selbstmord vor. Vorstellungen von der Möglichkeit, tot zu sein, gehen den eigentlichen Selbstmordgedanken voran. Ringel bezeichnet Selbstmordphantasien als die "bahnende Kraft", die zur Realisierung des Selbstmords führt.

Während die Symptome Aggressionshemmung und daraus resultierende Aggressionsumkehr sowie die entsprechenden Suizidphantasien seit langem bekannte und in der Literatur diskutierte Phänomene der Selbstmordhandlung sind, bringt das Symptom der Einengung, das von Ringel als die Basis des Syndroms bezeichnet wird, neue Gesichtspunkte.
Das Syndrom bildet sich im Ablauf einer "krankhaften Entwicklung", bis es in eine Suizidhandlung mündet.
Ringel nennt keine spezifischen Traumen, die zur Entstehung des präsuizidalen Syndroms führen. Die entscheidenden Momente, die die Ausbildung des Syndroms fördern, sind Kränkungen, Enttäuschungen und Mißerfolge, die - vor allem, wenn sie im Kindesalter erfolgen - zu einer "Ich-Verunsicherung" und zu einer "Neurose der Lebensgestaltung", bzw. zu einer "Neurose zum Selbstmord" führen können. In diesem Sinne weist Ringel immer wieder darauf hin, ... "daß der Selbstmord das Ende einer langdauernden Erkrankung ist". (Ringel 1953, S. 199)

## 2.5.2. EMPIRISCHE BEFUNDE ZUM PRÄSUIZIDALEN SYNDROM

Ringel (1953) untersuchte 745 Patienten, die im Jahre 1949 wegen eines Selbstmordversuchs in die Psychiatrisch Neurologische Universitätsklinik in Wien eingewiesen worden waren.
Zur Untersuchungsmethode gehörten Gespräche - wenn möglich - sofort nach der Einlieferung, vielfach auch noch zu einem späteren Zeitpunkt, ebenso Außenanamnesen, d. h. Angehörige und Bekannte wurden zur weiteren Klärung vorgeladen. Ringel gibt an, bei fast allen Patienten alle drei Symptome des Syndroms gefunden zu haben. Bei den meisten Patienten stand die Einengung im Vordergrund, in einigen Fällen spielte die Aggression die größte Rolle, während die gesteigerte Phantasie eher ein Begleitsymptom blieb.

Bei den geretteten Selbstmördern waren folgende allgemeine Diagnosen gestellt worden:

| | Neurose | Depression | Psychopathie | Chron. Alkohol. |
|---|---|---|---|---|
| Männer | 31 | 48 | 19 | 53 |
| Frauen | 81 | 145 | 63 | 11 |

Bei den übrigen Patienten war entweder die Diagnose "Psychose" oder keine psychiatrische Diagnose gestellt worden.
Am häufigsten wurde also die Diagnose Depression gestellt.

Der depressive Mensch weist in besonderem Maße die für die Einengung typischen Symptome auf: Niedergeschlagenheit, verminderte Aktivität, Beschränkung auf einen allerengsten Kreis. Ebenso fand Ringel die aggressive und autoaggressive Komponente dieser Depressionszustände. Auch Selbstmordphantasien ließen sich häufig nachweisen.

Genauere statistisch aufbereitete Angaben läßt die Untersuchung vermissen.

## 2.6. DIE MOTIVSTRUKTUR DER SUIZIDHANDLUNG

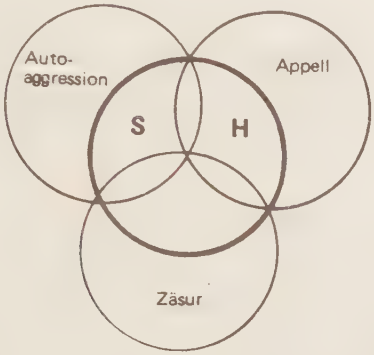
Verschiedene Autoren haben versucht, hinter der Verschiedenheit der Motive, die den Suizidhandlungen zugrunde liegen, eine einheitliche - wenn auch komplexe - Motivstruktur zu finden. Eines der ersten Beispiele dieser Art findet sich bei Menninger (1938; zitiert nach 1974).
In seinem Erklärungsansatz folgt Menninger dem späten Freud in der Annahme eines Todestriebes, der bereits zu Freuds Lebzeiten von vielen Psychoanalytikern kritisiert worden war und heute von der Mehrzahl der Psychoanalytiker nicht akzeptiert wird.

Für Menninger enthält jede Suizidhandlung drei motivationale Elemente:
a) den Wunsch zu töten,
b) den Wunsch getötet zu werden,
c) den Wunsch zu sterben.

Der Wunsch zu töten entspringt der aggressiven Tendenz des Menschen.
Der Wunsch getötet zu werden, entsteht nach Menninger aus einem Strafbedürfnis für (bewußte oder noch häufiger unbewußte) Todeswünsche gegen andere.
Den Wunsch zu sterben erklärt Menninger durch die Macht des Todestriebes, der die Oberhand gewinnt, wenn eine Schwächung des Lebenstriebes eintritt.
Im Vordergrund stehen bei Menninger Motive der Aggression und der Autoaggression. Für Menninger ist die Suizidhandlung vor allem ein "Mord am Selbst".

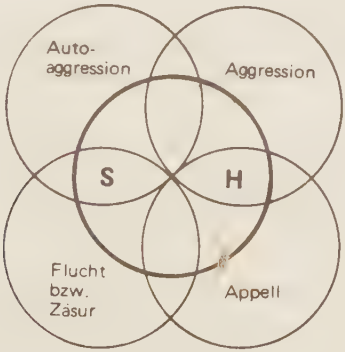
Stengel (1958, 1969 a, 1969 b) dagegen wies vor allem auf die vielen Suizidhandlungen zugrunde liegende Appellfunktion und auf den sozialen Effekt der Suizidhandlung hin. Diesen Aspekt übernimmt Feuerlein (1971) in sein motivationales Modell, das

jeder Suizidhandlung Tendenzen von Appell, Autoaggression und den Wunsch nach Zäsur (oder Pause) zugrunde legt.




Motivstruktur der Suizidhandlung nach Feuerlein (1971)

Linden (1969) führt auf Grund seiner Untersuchungen den Aspekt der Flucht ein.
Dieser Aspekt wurde von Henseler (1971) um den Begriff der Zäsur erweitert.




Motivstruktur der Suizidhandlung (SH) von Henseler (1974, S. 68)

Henseler (1974) nimmt an, daß im Modell von Menninger und Feuerlein im Grunde gleichartige Tendenzen beschrieben werden.
Er postuliert, daß "der Wunsch zu sterben, bzw. tot zu sein", nicht die realen Konsequenzen des Todes meint, sondern vielmehr Phantasien der Geborgenheit, Ruhe, Frieden etc. beinhaltet, die dem Wunsch nach Zäsur, nach Schlaf, Pause, Unterbrechung entsprechen. Ähnliches gilt für den Begriff der Flucht bei Linden.
Als wichtigen Unterschied sieht Henseler vor allem, daß Menninger die Appelltendenz noch nicht berücksichtigte.

Henseler läßt bei dieser Annäherung der Konzepte allerdings außer acht, daß dem "Wunsch tot zu sein" bei Menninger das Konzept des Todestriebes zugrunde liegt, das von den anderen Autoren wohl nicht in dieser Weise akzeptiert werden dürfte.

Grundsätzlich gilt, daß - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - jeder Suizidhandlung alle genannten Motive zugrunde liegen; häufig kann aber eines der Motive als eindeutig vorherrschend erkannt werden.

### 2.6.1. APPELL

Stengel (1969 a) weist darauf hin, daß die Appellfunktion der Suizidhandlung nicht auf bewußte und beabsichtigte Hilferufe und Manipulationsversuche eingeschränkt oder mit ihnen gleichgesetzt werden darf.
Jede Suizidhandlung bedeutet nach Stengel eine Mitteilung an die Außenwelt: "Ich habe genug, ich will sterben - oder helft mir." (Stengel 1969 b, S. 33) Manchmal sind beide Komponenten der Botschaft im Bewußtsein, manchmal bleibt eine der Kompo-

nenten im Unbewußten. "Der Suizidhandlung wohnt der Alarm- und Appelleffekt inne, unabhängig von bewußter Absicht." (Stengel 1969 b, S. 32)

Die Appellwirkung der Suizidhandlung erklärt Stengel durch das aus Angst und Schuldgefühl stammende Bedürfnis nach Wiedergutmachung, das durch jeden Selbstmordversuch bei Angehörigen und Nahestehenden geweckt wird.

Stengel nimmt an, daß bei wahrscheinlich allen Suizidhandlungen der Effekt auf den Mitmenschen eine Rolle spielt, natürlich in verschiedenem Ausmaß. Vorwiegend wird beim Selbstmordversuch die Appellfunktion dort im Vordergrund stehen, wo der Betreffende das Gefühl hat, daß er durch diese Handlung ein Ziel erreichen kann.

Simson (1976) sieht eine Erklärung für das steile Ansteigen der Appellselbstmorde in der in unserer Zeit sich häufenden ärztlichen Verschreibung von Schlafmitteln. Die Suizidhandlung mit Hilfe von Tabletten erfordert weniger Selbstüberwindung als die früher üblichen sogenannten "harten Methoden". Das Abschiednehmen von dieser Welt kann wenigstens ohne Erleiden von physischen Schmerzen vollzogen werden.
Außerdem ist bei der Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln die Zeitspanne zwischen Tat und Tod relativ groß und somit eine Rettung bei rechtzeitiger Entdeckung immer noch möglich.

### 2.6.2. AGGRESSION

Im Vordergrund steht das Motiv, jemand anderen durch den eigenen Tod zu treffen. Die Suizidhandlung hat dann vor allem Rachecharakter.

Stengel (1969 a) glaubt, daß die gegen andere gerichtete Aggression beim Selbstmordversuch sich deutlicher manifestiert als beim Selbstmord. Beim Selbstmordversuch besteht für das betreffende Individuum immerhin noch die Chance, in den Genuß der Rache zu kommen.

## 2.6.3. AUTOAGGRESSION

Wir verweisen in diesem Zusammenhang nochmals auf die "klassische" psychoanalytische Theorie, nach der die Aggression gegen das eigene Ich gerichtet wird, weil dieses durch Introjektion mit dem gehaßten Objekt verschmolzen ist.
Als entscheidende Voraussetzung für die Wendung der Aggression gegen die eigene Person gilt allgemein eine - aus welchen Gründen auch immer - vorhandene Aggressionshemmung.

Ringel (1969) beschreibt die Umkehr der Aggression gegen die eigene Person als einen Vorgang, der "dem nüchternen physikalischen Gesetz von der Erhaltung der Energie" gehorcht. Die angestaute Kraft muß ein Ziel für die Entladung finden. Steht aus den verschiedensten Gründen kein anderes Objekt als das eigene Ich zur Verfügung, wird die Aggression gegen dieses gewendet.
Einen der Gründe, warum sich manche Menschen nach einem Selbstmordversuch wohler fühlen, sieht Stengel (1969 a) darin, daß die Entladung aggressiver Impulse gegen das Selbst eine kathartische Wirkung haben kann. Die aufgestaute Spannung wird abgebaut und das emotionale Gleichgewicht wird wenigstens für eine gewisse Zeit wieder hergestellt. Stengel weist auf eine weitere Erklärung der autoaggressiven Motivation hin: auf die Tendenz zur Selbstbestrafung. Ein Selbstmordversuch wird demnach manchmal als Befriedigung eines Bedürfnisses nach Selbstbestrafung erlebt, wodurch ebenfalls eine emotionale Beruhigung eintreten kann. (Vgl. Fenichel 1975)

### 2.6.4. FLUCHT

Flucht- und Ausweichtendenzen, die für sehr viele Suizidhandlungen bestimmend sind, werden in der Literatur entsprechend häufig als Selbstmordmotiv genannt.
Der Wunsch nach "Frieden und Ruhe" (Ettlinger und Flordh 1955), das "Nichts-mehr-hören- und sehen-wollen" (Linden 1969) wird zum treibenden Agens, einer unerträglich scheinenden Situation zu entgehen. Bappert (1965) spricht von "einem relativ bequemen Ausweichen, das nicht allzu viel persönliches Engagement erfordert".
Von Schlieffen (1969) weist auf die für den Selbstmordversuch typische "Vermeidung einer a k t i v e n Auseinandersetzung" hin.
Linden (1969) sieht im Fluchtmotiv einen fehlgeleiteten Schutzmechanismus, der vor allem das Ziel hat, das aktuelle Leiden des Patienten zu beenden.
Lungershausen (1968) vermutet, daß oft ein Wunsch "nach einem Tod auf Zeit, eine Unterbrechung des Lebensablaufes" im Vordergrund steht.
Die Erreichung dieses Zieles läßt sich am leichtesten mit Hilfe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln realisieren, mit deren Hilfe ein Tiefschlaf angestrebt wird, dessen Beendigung oder Nicht-Beendigung oft dem "Schicksal" überlassen wird.

## 2.7. DIE BEDEUTUNG DER KINDHEIT FÜR DIE DISPOSITION ZUM SELBSTMORD

### 2.7.1. DAS "BROKEN HOME"

In Übereinstimmung mit der psychoanalytischen Theorie, die den Erlebnissen und Erfahrungen der frühen Kindheit entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung der Persönlichkeit, insbe-

sondere auf ihre emotionale Stabilität und Krisentoleranz zubilligt (vgl. 2.3. und 2.4.), findet sich kaum ein Autor, der nicht auf die auffallend häufig belastete Kindheit der Suizidpatienten hinweist.

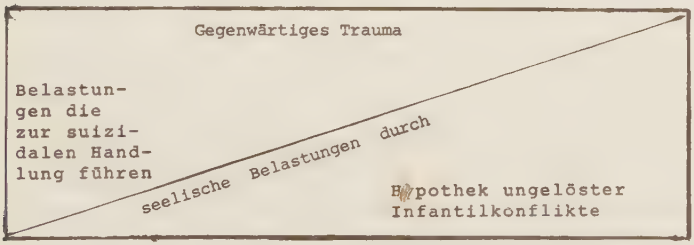
Warum das Fehlen eines normalen Familienlebens die Neigung zum Selbstmord verstärkt, hält Stengel (1965) allerdings noch für eine "ungelöste Frage". Er vermutet, "daß das Kind in der normalen Familie an den natürlichen Liebesobjekten lernt, sich mit Mitmenschen in Beziehung zu setzen. Wenn ihm dieses Erlebnis und diese Lernmöglichkeit versagt ist, und wenn sich kein Ersatz für die fehlenden Liebesobjekte findet, wird ein solches Individuum es als Erwachsener schwer finden, Beziehungen zu Mitmenschen zu entwickeln und zu halten." (Stengel 1969 b)

Gerade aber die mitmenschlichen Konflikte sind es, die - wie die empirischen Untersuchungen übereinstimmend bestätigen - am häufigsten Anlaß zum Selbstmordversuch werden. Besonders entscheidendes Gewicht wird allgemein der frühen Mutter-Kind-Interaktion zugeschrieben.
Fühlt sich das Kind von der Mutter abgelehnt, so entsteht im Kind die Urerfahrung eines Minderwertigkeitsgefühls, die besagt, daß die eigene Existenz für die Mutter unerwünscht und lästig war. (Schottlaender 1947) Das Gefühl "seiner Daseinsberechtigung" (v. Andics 1938) wird erschüttert.
So hatte bereits Sadger festgestellt: "Niemand gibt das Leben auf, der nicht die Hoffnung auf Liebe aufgeben mußte." (Sadger 1929)
Auf Grund seiner psychoanalytischen Erfahrung legte er den traumatisierenden Zeitpunkt, zu dem bereits die Hoffnung auf Liebe aufgegeben werden kann, in die frühe Säuglingsperiode.

Das Kind muß den Zustand der "primären Liebe" (Balint 1966) erfahren. Balint versteht darunter, daß das Objekt als unbegrenzter Bedürfnisspender erlebt wird. Nur wenn das Erleben dieses Zustandes von einer einfühlsamen Mutter in ausreichen-

der Weise ermöglicht wurde, kann das Individuum später zu jener reifen Form der Liebe fähig werden, bei der auch die Bedürfnisse des Objekts berücksichtigt werden können.

Pohlmeier (1971) stellt fest, daß die frühe Enttäuschung über die geliebte Mutter zu einer Enttäuschung an der Welt an sich werden kann, die in späteren kritischen Lebenslagen wieder aufflackert.
Traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit prädisponieren aber nicht s p e z i f i s c h zum Selbstmord, sondern können ganz allgemein eine ungünstige Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit zur Folge haben, die sich auch in kriminellen Handlungen oder in Verwahrlosung manifestieren kann. (Stengel 1969 b)
In diesem Sinne betont Stengel (1962, S. 40), daß die "ungünstige Kindheit nur ein Faktor der Selbstmordanfälligkeit ist". Ebenso weist Ringel (1953) darauf hin, daß die Entwicklung zum Selbstmord zwar in der Kindheit beginnt, daß aber die spätere Lebenssituation, in der der Suizidant sich befindet, nicht weniger wichtig ist.
Ehebald (1966, S. 301) stellt die Beziehung zwischen belasteter Kindheit und späterer belastender Lebenssituation folgendermaßen dar:




Das heißt, je stärker die Kindheitsbelastungen waren, desto geringerer späterer Traumatisierungen bedarf es, um eine Selbstmordhandlung auszulösen und umgekehrt.

Eine entscheidende Schwierigkeit für den Nachweis, daß traumatische Belastungen in früher Kindheit zum späteren Selbstmord disponieren bietet, - so evident die Annahme auch sein mag - das methodische Problem der Objektivierbarkeit subjektiver Belastungen, worauf auch Henseler (1974) nachdrücklich hinweist.

Der Terminus des "broken home", der als Sammelbegriff für eine Kindheit mit großen Belastungen gilt, wird von den verschiedenen Autoren uneinheitlich verwendet, was den Vergleich empirischer Arbeiten erschwert.

So verstehen einige darunter die endgültige Trennung von einem Elternteil durch Tod oder Scheidung, während für andere auch die lange Abwesenheit eines Elternteils den Terminus "broken home" rechtfertigt.

Es dürfte aber für ein Kind von wesentlich unterschiedlicher Erlebnisqualität sein, ob der Vater berufsbedingt oder nach einer dramatischen Scheidung von zu Hause abwesend ist, was insbesondere auch das von der Mutter weiterhin vermittelte Vaterbild in gravierender Weise beeinflussen dürfte. Manche Autoren sprechen auch dann von einer zerbrochenen Familie, wenn sehr viel Streit zwischen den Eltern herrscht, ohne daß es deshalb zu einer offiziellen Trennung eines Ehepartners von der Familie kommt.

Eine weitere Variable ist die Altersspanne, innerhalb derer der Verlust eines Elternteils als relevant für die Beziehung "broken home" erachtet wird. Manche Autoren setzen die Altersgrenze bei 14 Jahren, wieder andere bei 18 Jahren fest. Die Definition gewinnt an Präzision, wenn man lediglich "Mangel, Verlust oder längere Abwesenheit eines oder beider Elternteile unter dem Alter von 15 Jahren", wie Stengel (1969 b S. 42, 43) vorschlägt, gelten läßt. Es bleiben aber dabei entscheidende Variablen - wie Kindsmißhandlung, tätlicher Streit der Eltern, Alkoholismus eines Elternteils usw. - unberücksichtigt, die unseres Erachtens auf die Dauer gesehen eventuell noch traumatisierender sein können als der Verlust

eines Elternteils, der in einer die Trauerarbeit unterstützenden Umgebung bewältigt werden kann.
Die Bedeutung des Verlusts eines Elternteils in früher Kindheit besteht vor allem darin, daß die grundsätzliche Erfahrung gemacht wird: Beziehungen zu Personen können zerbrechen und dieses Zerbrechen hat eine schmerzliche Zeit der Trauer zur Folge. (Langenmayr, 1975)
Die aus dieser Erfahrung stammende Verlustangst prägt die Erwartungshaltung beim Eingehen von menschlichen Beziehungen. Oft werden später gerade solche Beziehungen gewählt, die aller Wahrscheinlichkeit nach wieder mit dem Verlassenwerden enden, d. h. es wird gerade die Situation konstelliert, die am meisten gefürchtet wird.
Dieser Wiederholungszwang, der von Freud erst nach 1920 als Manifestation des Todestriebes gedeutet wurde, gilt allgemein in psychoanalytischer Sicht als Versuch, ein psychisches Erleben aktiv zu bewältigen, d. h. die ursprüngliche infantile Angst zu überwinden. (Greenson 1973)
Oft wird auch die Tragfähigkeit einer Beziehung, an der man auf Grund infantiler Erlebnisse zweifeln muß, durch eine entsprechend anklammernde Haltung derart auf die Probe gestellt, daß ihre Belastungsgrenze wirklich überschritten und damit eine Wiederholung des frühkindlichen Traumas geradezu provoziert wird.

Langenmayr (1975) weist auch auf die spezifische psychodynamische Wirkung von Verlusten hin, die vor allem darin besteht, daß Verluste von Personen stets auch Verluste von Motivbefriedigungen bedeuten. Durch den eingetretenen Verlust können viele Bedürfnisse wie das Verlangen nach Kontakt und Zärtlichkeit, Geltungs- und Machtstreben usw. nicht mehr befriedigt werden; sie werden daher verdrängt, was zur Folge hat, daß durch Regression ein Ersatz für sie gesucht wird. Ein Verlust ist in psychodynamischer Sicht demnach umso schwerer zu bewerten, je weniger Motivbefriedigungen eine Person kennengelernt hat, d. h. je früher in ihrem Leben sich der Verlust

ereignet hat und auf je tiefere Stufen der psychischen Entwicklung die Regression erfolgt.

## 2.7.2. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUM "BROKEN HOME"

Die Untersuchungen, in denen der Nachweis erbracht wurde, daß Suizidpatienten in ihrer Kindheit signifikant häufiger großen Belastungen ausgesetzt waren, sind sehr zahlreich, aber - wie wir bereits festgestellt haben - wegen der unterschiedlichen Operationalisierung dieser Belastungen sowie wegen der unterschiedlichen Populationen, an denen die jeweiligen Untersuchungen durchgeführt wurden, schwer vergleichbar.

V. Andics (1938) befragte 82 Gerettete Suizidpatienten. Von diesen berichteten 67 (= 81,7 %) von einer Kindheit, "deren äußere Umstände als ungünstig bezeichnet werden müssen". (S. 17) Bei 52 Patienten (= 63,4 %) handelte es sich um eine "unvollständige" Familiensituation.

V. Schlieffen (1969) untersuchte 77 Patienten nach einem Selbstmordversuch und stellte fest, daß bei 27 Suizidanten (d. h. bei mehr als einem Drittel) eine Trennung von einem Elternteil bereits vor dem 17. Lebensjahr erfolgte. Bis zum 19. Lebensjahr haben 34 Suizidanten (d. h. 44 %) einen Elternteil durch Tod oder Scheidung verloren.

Walton (1958) verglich 163 nicht-suizidal depressive Patienten mit 60 suizidal depressiven Patienten (worunter er 20 ernste Versuche, 25 milde Versuche und 15 Suiziddrohungen zusammenfaßte).
Er fand bei den suizidalen Patienten signifikant häufiger "parental deprivation" in der Kindheit, worunter er Verlust

eines Elternteils vor dem 14. Lebensjahr, Gewalttätigkeiten zwischen den Eltern oder das Gefühl einer längeren Entfremdung von einem Elternteil als Folge der elterlichen Disharmonien subsumierte.

Levi u. a. (1966) untersuchten 40 Suizidanten nach einem Selbstmordversuch und ordneten jedem von ihnen je einen hospitalisierten Patienten mit Selbstmorddrohungen bzw. Selbstmordgedanken und als Kontrollgruppenpatienten einen hospitalisierten Patienten, der sich nicht mit Selbstmordgedanken beschäftigte, zu.
Bei den Patienten mit einem Selbstmordversuch fanden sich in der Kindheit häufiger Trennungen von einem Elternteil (vor allem in der Zeit vor dem 7. Lebensjahr) als bei den Patienten der beiden anderen Gruppen. Als signifikant konnte allerdings nur der Unterschied zwischen der Gruppe mit Selbstmordversuch und der Kontrollgruppe bezeichnet werden.

Ringel (1965) untersuchte 136 Patientinnen im Alter von 14 bis 20 Jahren, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, und fand in nur 24 Fällen (= 18 %) ein intaktes Elternhaus. Bei allen anderen herrschten "zerrüttete bis ausgesprochen desolate Zustände". In 37 Fällen (= 27 %) war der Vater im Krieg gefallen,was meist auch zu einem teilweisen, zumindest emotionalen Verlust der Mutter führte, da diese nun den Existenzkampf für die Erhaltung der Familie übernehmen mußte.

Barter u. a. (1968, zitiert nach Lester, 1972) verglich Personen, die einen einmaligen Selbstmordversuch gemacht hatten mit Personen, die den Selbstmordversuch wiederholt hatten und stellte fest, daß die Suizidanten mit mehrmaligem Selbstmordversuch häufiger den Verlust eines Elternteils erlitten hatten.
Lester (1972) stellte allerdings bei Durchsicht der entsprechenden Literatur auch Untersuchungen fest, bei denen sich hinsichtlich frühen Elternverlusts kein signifikanter Unter-

Tabelle 7 Empirische Untersuchungen zum "Broken Home"

| Autor | Patientengut | Kontrollgruppe | Art der traumatischen Erlebnisse | Ergebnis |
|---|---|---|---|---|
| v. Andics (1938) | 82 gerettete Suizidpatienten | fehlt | "äußere ungünstige Umstände in der Kindheit" | 81,7 % |
| | | | "Unvollständige Familiensituation" | 63,4 % |
| v.Schlieffen (1969) | 77 gerettete Suizidpatienten | fehlt | "Trennung von einem Elternteil vor dem 17. Lebensjahr" | 35,0 % |
| | | | "Trennung von einem Elternteil vor dem 19. Lebensjahr" | 44,2 % |
| Walton (1958) | 60 suizidal-depressive Patienten (20 ernste Versuche, 25 milde Versuche, 15 Suiziddrohungen) | 163 nichtsuizidal depressive Patienten | "parental deprivation" (relativ weit gefaßt) | signifikant häufiger "parental deprivation" bei den Suizidpatienten |
| Ringel (1965) | 136 gerettete Suizidpatienten im Alter von 14 - 20 Jahren | fehlt | "zerrüttete bis desolate Zustände im Elternhaus" | 82,4 % |
| | | | Vater im Krieg gefallen | 27,2 % |
| Levi u.a. (1966) | 40 gerettete Suizidpatienten | 40 hospitalisierte Patienten mit Selbstmorddrohungen bzw. Selbstmordgedanken | "Trennungen von einem Elternteil (vor allem vor dem 7. Lebensjahr)" | signifikante Unterschiede zwischen den Suizidpatienten und den Patienten ohne Selbstmordgedanken |
| | | 40 hospitalisierte Patienten ohne Selbstmordgedanken | | |
| Barter u.a. (1968) | Personen mit mehrmaligem Selbstmordversuch | Personen mit einmaligem Selbstmordversuch | "Verlust eines Elternteils" | Verlust eines Elternteils häufiger bei Suizidanten mit mehrmaligem Selbstmordversuch |

schied zwischen Suizidanten und nicht-suizidalen Personen nachweisen ließ.
Es soll nach Lester aber keine Studie geben, bei der die Suizidanten seltener einen Elternteil verloren hatten als die Kontrollgruppe.

### 2.7.3. STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE

Ringel (1953) gibt auf Grund seiner empirischen Untersuchung an geretteten Suizidpatienten als objektiv nachweisbar folgende schädigende Faktoren an:

1. Frühzeitiger Verlust eines oder beider Elternteile,
2. zerrüttete Familienverhältnisse,
3. nervöse Familientradition,
4. körperliche Schäden,
5. Stellung in der Geschwisterreihe.

Während die ersten vier der von Ringel gefundenen Risikofaktoren ohne weiteres verständlich sein dürften, erscheint die Stellung in der Geschwisterreihe als ein suizidfördernder Faktor erklärungsbedürftig.
Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe und ihr Einfluß auf Charakterprägung und Persönlichkeitsentwicklung wurde vor allem von Alfred Adler betont.
Freud hatte zwar die Konflikte, die aus geschwisterlicher Eifersucht entstehen können, keineswegs für unwesentlich gehalten, doch sah er sie vor allem auf die Eltern - als die zentralen libidinösen Objekte - bezogen.
Die Adlerschen Grundgedanken, daß unterschiedliche Prägungen und Konflikte allein daraus entstehen können, daß man sich als Ältester oder Jüngster in eine Geschwistergemeinschaft einfügen und behaupten muß, übernimmt Ringel als einen Aspekt seiner Selbstmordforschung.

Er glaubte in seiner Untersuchung (1953) an 745 geretteten Suizidanten vermehrt Personen, die als "einzige oder jüngste" Kinder aufwuchsen gefunden zu haben.
Ringel gibt 81 (= 10,9 %) "einzige" Kinder an. Das von Ringel angenommene "häufigere" und mit 10,9 % angebene Vorkommen von Einzelkindern bei Suizidanten muß aber von uns bezweifelt werden, wenn wir die für Deutschland gültigen Vergleichszahlen aus der Normalpopulation - auch nur annähernd - auf österreichische Verhältnisse übertragen dürfen. (Vgl. Tabelle 10, S. 71)
Nach Ringel (1953) erwirbt das "einzige" Kind durch die ihm häufig zuteil gewordene Verwöhnungssituation nicht die entsprechende Selbständigkeit und Durchsetzungsfähigkeit und steht daher Mißerfolgen und Enttäuschungen hilflos gegenüber.

So sollen bei einzigen Kindern häufig Nichtigkeiten als unüberwindliche Traumen erlebt und somit Anlaß zur suizidalen Handlung werden.
Einzelkinder können sich nach Ringels Ansicht schwerer aus einer egozentrischen, die Realität verzerrenden, Sicht- und Erlebnisweise lösen, da ihnen die korrigierende Auseinandersetzung mit Geschwistern fehlt.
Die Position des einzigen Kindes wird zur Position des ältesten Kindes, wenn ein weiteres Geschwister kommt. Die Ankunft des Geschwisters und die vermehrte Zuwendung, die dieses von seiten der Eltern erfährt, kann beim bisher einzigen Kind zu einem starken Gefühl der "Entthronung" und Zurücksetzung gegenüber dem neuen Geschwister führen, was dann das eigene Selbstwerterleben negativ beeinflußt.

Ringel glaubt, daß dem jüngsten Kind oft - außer der Verwöhnungssituation, die ihm als Nachkömmling oft geboten wird - die Erfahrung zum Verhängnis wird, daß es durch Demonstration seiner Schwäche über ein Mittel zur Manipulation der Mitmenschen verfügt, das eventuell auch in Form eines appellativen Selbstmordversuchs eingesetzt werden kann. Die mit

Hilfe statistischer Methoden immer wieder festgestellte größere psychische Gefährdung "jüngster" Kinder zeigt sich nicht nur in einer häufigeren Neigung zu Suizidhandlungen.
So fand Brown auch unter Trinkern am häufigsten jüngste Kinder. Becher stellte fest, daß unter verwahrlosten Kindern jüngste Geschwister häufiger sind als älteste, was sie durch die besondere Verwöhnung zu erklären versucht, die dem Jüngsten oft zuteil wird. (Zitiert nach Langenmayr 1975)

## 2.7.4. EMPIRISCHE BEFUNDE

v. Schlieffen fand in seiner 1969 an 77 Suizidanten durchgeführten Untersuchung:

| | |
|---|---|
| 14 Einzelkinder | = 18,2 % |
| 19 älteste Kinder | = 24,7 % |
| 22 jüngste Kinder | = 28,6 % |
| 22 jüngere Geschwister | = 28,6 % |

Wir zitieren im folgenden einige Beispiele aus der von Lester (1972) zusammengestellten Literaturübersicht:
Koller und Castanos (1969) untersuchten männliche Gefängnisinsassen und stellten fest, daß sich unter denjenigen, die einen Selbstmordversuch gemacht hatten, mehr "jüngste" Kinder fanden als in der Kontrollgruppe.
Rosenberg und Latimer (1966) fanden bei Kindern mit Selbstmordversuchen die Erstgeborenen überrepräsentiert.
Toolan (1962) fand bei Selbstmordversuchen von Adoleszenten ebenfalls signifikant mehr Erstgeborene.

Achte und Ginman (1966) dagegen fanden bei Erwachsenen, die einen Selbstmordversuch mit Drogen unternommen hatten, keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Geschwisterposition.

Tabelle 8 Empirische Untersuchungen zur Geschwisterkonstellation

| Autor | Patientengut | Kontrollgruppe | Ergebnis zur Geschwisterkonstellation |
|---|---|---|---|
| v. Schlieffen (1969) | 77 gerettete Suizidanten | fehlt | 18,2 % Einzelkinder<br>24,7 % älteste Kinder<br>28,6 % jüngste Kinder<br>28,6 % jüngere Geschwister |
| Koller und Castanos (1969) | männliche Gefängnisinsassen nach Selbstmordversuch | männliche Gefängnisinsassen ohne Selbstmordversuch | Suizidanten waren häufiger jüngere Kinder |
| Rosenberg und Latimer (1966) | Kinder mit Selbstmordversuchen | fehlt | Suizidanten waren häufiger Erstgeborene |
| Toolan (1962) | Adoleszenten mit Selbstmordversuch | fehlt | Suizidanten waren häufiger Erstgeborene |
| Achte und Ginmann (1966) | Erwachsene, die Selbstmordversuche mit Drogen unternahmen | fehlt | keine signifikanten Unterschiede in der Geschwisterposition |

Lester (1972) faßt die Literaturergebnisse dahingehend zusammen: Bei Suizidhandlungen sind sowohl Erstgeborene als auch jüngste Kinder signifikant häufiger vertreten. In keiner der Untersuchungen wurde dagegen ein signifikant häufiges Vorkommen der mittleren Geschwisterposition gefunden.

## 2.7.5. SELBSTMORD IN DER FAMILIE

Die in manchen Familien gehäuft auftretenden Selbstmordhandlungen haben zu der inzwischen nicht mehr aufrecht erhaltenen Theorie von der "Erblichkeit" des Selbstmords geführt. Kallmann und Anastasio (1947, zitiert nach Henseler 1974) stellten bei 31 eineiigen Zwillingen, die sich das Leben genommen hatten, fest, daß sich in keinem Falle auch der andere Zwilling suizidierte.
Eine vererbbare Komponente wird heute höchstens in dem Sinne angenommen, daß Selbstmordhandlungen gehäuft bei endogenen Depressionen auftreten, die Neigung zu Depressionen aber wiederum wahrscheinlich somatisch verankert ist. (Vgl. Ringel 1961)
Eine Erklärung für ein vermehrtes Auftreten von Selbstmorden in einer Familie könnte darin liegen, daß in der jeweiligen Familie ein Umgang mit Konflikten vermittelt wird, der weniger aktive Bewältigung vorsieht als Rückzug und Ausweichen, was in letzter Konsequenz zu einem Ausweichen vor dem Leben an sich führen kann.
Auf die Suggestivwirkung, die der Selbstmord eines Familienmitgliedes haben kann, hat bereits Gruhle (1940) hingewiesen.

Ringel nahm noch 1953 an, daß die Bedeutung des Selbstmords in der Familie im Sinne einer Modellwirkung für andere Familienmitglieder oft überschätzt wird. Von den von ihm untersuchten, nach einem Selbstmordversuch geretteten Patienten (N = 745) berichteten 30 (= 4,0 %) über einen Selbstmord oder einen Selbstmordversuch eines Elternteils, weitere 51 (= 6,8 %) über einen solchen eines Verwandten, so daß bei insgesamt 81 = 10,9 % der Suizidanten Suizidhandlungen in der Familie vorgekommen waren. (Da Vergleichszahlen aus der Normalpopulation fehlen, ist eine Wertung dieser Zahlen allerdings nicht möglich.)
Nach einer Untersuchung an 50 vollendeten Selbstmorden, bei der Ringel in 11 Fällen,d. h. in 22 % Selbstmorde in der Familie fand, revidierte Ringel seine Skepsis gegenüber der Sug-

gestivwirkung von Suizidhandlungen in der Familie und kam zu dem Schluß, daß es "eindrucksvolle Hinweise gibt auf die Bedeutung des suggestiv wirkenden Vorbildes für den Selbstmord, vorausgesetzt, daß anfällige Personen davon betroffen werden". (1961, S. 23) Die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse könnten auf Unterschiede der untersuchten Gruppen zurückzuführen sein. Während es sich bei der ersten Gruppe um Selbstmordversuche handelte, hatte die 2. Gruppe ihre Selbsttötungsabsicht vollendet.

Kalnins (1963) fand bei 11,5 % der Suizidanten Suizidhandlungen in der Familie.

Hauschild (1968, zitiert nach Lester 1972) untersuchte Insassen eines psychiatrischen Militärkrankenhauses und stellte fest, daß bei den Patienten mit Selbstmordversuchen eine größere Anzahl von Familienmitgliedern durch Selbstmord gestorben war als bei der Kontrollgruppe.

Lester (1972) weist allerdings auch auf Untersuchungen hin, bei denen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Selbstmordhäufigkeit in Familien von Suizidanten gefunden werden konnten. (vgl. Tabelle 9)

### 2.7.6. KRITISCHE ANMERKUNG ZU DEN VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNGEN

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, im einzelnen zu allen aufgeführten Untersuchungen Stellung zu nehmen. Wir wollen lediglich versuchen, einige grundsätzliche Kritikpunkte zu den von uns zitierten Arbeiten aufzuzeigen, um ganz allgemein auf die Möglichkeit von Fehlinterpretationen empirischer Arbeiten hinzuweisen.

Tabelle 9 Empirische Untersuchungen zur Häufigkeit von Suizidhandlungen bei Familienangehörigen von Suizidanten

| Autor | Patientengut | Kontrollgruppe | Suizidhandlungen in der Familie | Ergebnis |
|---|---|---|---|---|
| Ringel (1953) | 745 gerettete Suizidpatienten | fehlt | Selbstmord oder Selbstmordversuch eines Elternteils | 4,0 % |
| | | | Selbstmord oder Selbstmordversuch eines Verwandten | 6,8 % |
| Ringel (1961) | 50 vollendete Selbsttötungen | fehlt | Selbstmord in der Familie | 22,0 % |
| Kalnins (1963) | Statistische Untersuchung (N = 2215) | fehlt | Suizidhandlungen in der Familie | 11,5 % |
| Hauschild (1968) | Insassen eines psychiatrischen Militärkrankenhauses nach Selbstmordversuch | Insassen eines psychiatrischen Militärkrankenhauses ohne Selbstmordversuch | Anzahl der durch Selbstmord verstorbenen Familienmitglieder | Bei den Patienten mit Selbstmordversuch häufiger Selbstmord in der Familie |

Aus den angegebenen Tabellen ist klar ersichtlich, daß der häufigste Mangel zahlreicher Untersuchungen - wie bereits erwähnt - das Fehlen einer entsprechenden Kontrollgruppe ist, wodurch keine gültige Aussage darüber gegeben ist, ob das jeweilige Merkmal bei den Suizidpatienten tatsächlich häufiger zu finden ist als in der Normalpopulation.
So sehr die einzelnen Zahlen (wie z. B. bei den Untersuchungen zum "broken home") auch beeindrucken mögen, sie erhalten erst Aussagekraft, wenn ihre Relation zu der für die Normalpopulation zu erwartenden Häufigkeit festgestellt werden kann. Ähnliches gilt für die Wertung der Einzelkindsituation bzw. der Häufigkeit bestimmter Geschwisterpositionen.
So ist z. B. v. Schlieffens Hinweis (1969, S. 47): es "fällt die große Gruppe der Suizidanten auf, die als Einzelkind groß geworden sind (nahezu 20 %)" weniger relevant, wenn wir aus der nachstehend angeführten Tabelle ersehen können, daß seit den zwanziger Jahren die Prozentzahl der Einzelkinder in Deutschland von 20 % auf 34 % zugenommen hat. In der erwähnten Untersuchung von v. Schlieffen wird der älteste Suizidant mit 57 Jahren, der jüngste mit 17 Jahren angegeben. Der Altersgipfel lag bei den männlichen Suizidanten bei 28 Jahren, bei den weiblichen Suizidanten beim 19. Lebensjahr. So betrachtet spricht die von v. Schlieffen gefundene angeblich "große Gruppe" der Einzelkinder keineswegs für eine besondere suizidale Gefährdung des Einzelkindes, wie sie Ringel (1953) psychodynamisch zu erklären versucht, sondern läßt vielmehr den Schluß zu, daß Einzelkinder unter den Suizidanten eher seltener zu finden sind, als es im Hinblick auf die Normalpopulation zu erwarten wäre.

Die von Lester (1972) festgestellte Unterrepräsentanz der mittleren Geschwisterposition bei suizidalen Handlungen, könnte - wenn wir für Amerika eine ähnliche Entwicklung wie in Deutschland unterstellen dürfen -, auf einem Artefakt beruhen, der einfach daraus resultiert, daß die mittlere Geschwisterposition durch die üblich gewordene 2-Kind-Familie seltener vorgefunden wird.

Tabelle 10 Kinderzahl der 1899 und früher sowie der 1900 bis 1977 geschlossenen Ehen

(Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1979: Die Situation der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland)

| Eheschließungs-jahr | Von 100 Ehen haben Kind(er) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | keine | 1 | 2 | 3 | 4 und mehr |
| 1899 und früher | 9 | 9 | 12 | 12 | 58 |
| 1900 - 1904 | 9 | 12 | 16 | 15 | 47 |
| 1905 - 1909 | 10 | 15 | 20 | 17 | 38 |
| 1910 - 1912 | 12 | 17 | 22 | 17 | 32 |
| 1913 - 1918 | 14 | 20 | 24 | 17 | 25 |
| 1919 - 1921 | 16 | 23 | 24 | 15 | 21 |
| 1922 - 1925 | 18 | 24 | 24 | 15 | 20 |
| 1926 - 1930 | 17 | 23 | 25 | 15 | 20 |
| 1931 - 1935 | 16 | 22 | 27 | 17 | 18 |
| 1936 - 1940 | 14 | 25 | 31 | 17 | 14 |
| 1941 - 1945 | 13 | 25 | 31 | 17 | 14 |
| 1946 - 1950 | 13 | 26 | 30 | 17 | 14 |
| 1951 - 1955 | 13 | 25 | 31 | 17 | 14 |
| 1956 - 1961 | 13 | 22 | 35 | 19 | 11 |
| 1962 - 1966 | 13 | 26 | 40 | 15 | 6 |
| 1967 - 1971 | 15 | 27 | 43 | 10 | 5 |
| 1972 - 1977 | 15 | 34 | 39 | 8 | 4 |

# 3. DER SUIZIDVERSUCH

## 3.1. SELBSTMORD UND SELBSTMORDVERSUCH

### 3.1.1. BEGRIFFLICHE DIFFERENZIERUNG VON SELBSTMORD UND SELBSTMORDVERSUCH

In der älteren Suizidforschung wurden Selbstmord und Selbstmordversuch grundsätzlich als einzige homogene Gruppe behandelt. Entsprechend werden in der Literatur die Termini Selbstmord und Selbstmordversuch vielfach als Synonyme verwendet. (Vgl. z. B. de Boor 1965, Bayreuther 1965)
In diesem Sinne betrachtet auch Ringel (1953, 1961) den Selbstmordversuch als suizidales Verhalten mit abgeschwächter Suizidtendenz. Er sieht den Unterschied mehr als einen quantitativen denn als einen qualitativen.
Eine andere Position nimmt Stengel (1958) ein, der den Selbstmordversuch als ein spezielles vom Selbstmord unterschiedliches Verhaltensmuster definiert. Er wies als erster darauf hin, daß Selbstmord und Selbstmordversuch zu trennen seien. Die Trennung sieht Stengel vor allem durch die Tatsache gerechtfertigt, daß die Majorität der Selbstmörder vorher keinen Selbstmordversuch unternommen hat und daß nur ein Minimum derer, die einen Selbstmordversuch unternehmen, durch Selbstmord endet. (Die Wahrscheinlichkeit, daß Menschen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, später durch Selbstmord enden, ist allerdings statistisch gesehen immer noch größer als beim Rest der Bevölkerung.)
Natürlich leugnet Stengel nicht, daß Menschen, die eine Suizidhandlung begehen, vieles gemeinsam haben und in diesem Sinne einer einheitlichen Gruppe zugehören. Er sieht aber große theoretische und praktische Vorteile darin, diese Gruppe in Selbstmord und Selbstmordversuch zu unterteilen und ist der Auffassung, daß eine gemeinsame Betrachtungsweise der Verschiedenheit der Probleme nicht gerecht werde: "Die Tatsache

des Überlebens macht den Selbstmordversuch zu einem anderen Verhaltensmuster als den Selbstmord und zu einem sinnvollen Ereignis, ja oft zu einem Wendepunkt im Leben eines Menschen." (Stengel 1969 a)

Um die Übersicht zu erleichtern, geben wir nachstehend eine Gegenüberstellung von Selbstmordversuch und Selbstmord, aus der ersichtlich werden soll, daß die von Stengel eingeführte unterscheidende Betrachtungsweise gerechtfertigt und sinnvoll ist.

## 3.1.2. WESENTLICHE UNTERSCHIEDE

| | Selbstmordversuch | Selbstmord |
|---|---|---|
| Häufigkeit | Verhältnis nach den allgemeinen Literaturangaben: | |
| | von 5 : 1 | bis 15 : 1 (Henseler 1974) |
| | 10 : 1 (Dubitscher 1971) | |
| | 8 : 1 (Stengel 1965) | |
| | Keine Anzeigepflicht, daher wesentlich höhere Dunkelziffer | Anzeigepflicht |
| Zunahme | Starke Zunahme der Suizidversuche in den letzten 2 - 3 Jahrzehnten | Im wesentlichen gleichbleibende Selbstmordrate in den letzten 2 - 3 Jahrzehnten |

(Linden 1969, Henseler 1974)

| | Selbstmordversuch | Selbstmord |
|---|---|---|
| Geschlechtsverteilung | | |
| | Größerer Anteil der Frauen | Größerer Anteil der Männer |
| | (Stengel 1965) | |
| | | 2 - 3 x mehr Männer als Frauen (Simson 1976) |
| Altersverteilung | | |
| | Durchschnittsalter | |
| | 30 - 35 Jahre | 55 - 60 Jahre |
| | (Stengel 1969) | |
| Methoden | | |
| | Dominierend "weiche Methoden" (Barbiturate, Psychopharmaka, Gas, etc.) | Dominierend "harte Methoden" (Erhängen, Erschießen, Ertränken, Pulsaderschnitt) |
| | (v. Schlieffen 1969) | |
| Planung | | |
| | Häufiger spontaner wenig überlegter Entschluß | Häufiger vorbedachte Planung |
| Selbsttötungsabsicht | | |
| | Fehlen der Selbsttötungsabsicht bei vielen Selbstmordversuchen (Hausmann 1968: z. B. 55 %) | Selbsttötungsabsicht schwer zu ermitteln, aber sicher wesentlich häufiger als beim Selbstmordversuch |

| | Selbstmordversuch | Selbstmord |
|---|---|---|
| Ankündigung | Häufige Ankündigung | Seltener Ankündigung als beim Selbstmordversuch |

(Stengel 1962)

| | | |
|---|---|---|
| Psychose | Häufiger neurotische und psychopathische Persönlichkeiten<br>Anteil der Psychosen<br>5 - 15 %<br>(Henseler 1971),<br>5 - 8 % (Bappert 1965) | Höherer Anteil der Psychotiker<br>Allgemein 10 - 30 %<br>(Stengel 1958)<br>33 % (Ringel 1974) |
| Wiederholung des Selbstmordversuchs | 10 - 20 % (Ringel 1974)<br>20 % (Pohlmeier 1974)<br>29 % (Ettlinger 1955)<br>31 % (Kockott 1970)<br>38 % (Rueggsegger 1963) | |
| Späterer Selbstmord | 6 % (Ringel 1974) | Früherer Selbstmordversuch<br>1 - 11 % (Stengel 1965)<br>9 % (Sainsbury 1955)<br>30 % (Ringel 1976) |

## 3.2. ERNSTHAFTIGKEIT

### 3.2.1. SCHWIERIGKEIT DER KRITERIENBESTIMMUNG

Die Ernsthaftigkeit eines Selbstmordversuchs kann theoretisch auf einem Kontinuum angeordnet werden, an dessen einem Ende der absolut tödliche Ausgang, an dessen anderem Ende das Erreichen eines bestimmten Zieles mit Hilfe des Selbstmordversuchs angestrebt wird.
Die Beurteilung der Ernsthaftigkeit eines Selbstmordversuchs gilt allgemein als schwierig. (Ruegsegger 1963; Feudell 1965; Henseler 1969) Über die Kriterien, die bei der Beurteilung der Ernsthaftigkeit eines Selbstmordversuchs zugrunde zu legen sind, besteht in der Literatur keine Übereinstimmung. (Vgl. Stengel 1962)
Eine Möglichkeit, Ernsthaftigkeit zu operationalisieren, liegt in der Messung der Schwere der Selbstbeschädigung. Eine Untersuchung von Kockott u. a. (1970) ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang (bei Verwendung des Reed Schemas) zwischen dem Grad der Intoxikationsstufe und der Stärke der Selbstmordabsicht.
Stengel (1962) dagegen nimmt an: der Grad der Lebensbedrohung sei kein Maß des Grades der Selbsttötungsabsicht, besonders nicht bei der häufigen Methode der Vergiftung.
Stengel schlägt in Zusammenarbeit mit Cook vor, den Grad der Lebensbedrohung und den Grad der Selbsttötungsabsicht gesondert zu betrachten und dann in Beziehung zu setzen.
Stengel und Cook unterscheiden 3 Grade von Selbsttötungsabsicht (zitiert nach Stengel 1962):

1. Ernst, d. h. eine eindeutige Absicht zu sterben geht sowohl aus den Angaben als auch aus dem Verhalten des Patienten hervor.

2. Mittelmäßig, d. h. die Absicht ist "klar aber schwankend".

3. Leicht, d. h. die Absicht ist oberflächlich und unbeständig.

Die Lebensbedrohung wurde eingeteilt in:

1. Absolut gefährlich (z. B. Sturz aus großer Höhe);
2. relativ gefährlich (Selbstmordversuch, bei dem ohne Intervention Dritter ein tödlicher Verlauf möglich gewesen wäre);
3. relativ harmlos (Selbstmordversuch, bei dem nur unter besonders ungünstigen Umständen ein letaler Ausgang möglich gewesen wäre);
4. absolut harmlos.

Stengel und Cook stellten fest, daß der Grad der Lebensbedrohung mit der Tötungsabsicht sehr häufig nicht übereinstimmte.

### 3.2.2. DER SELBSTMORDVERSUCH ALS GOTTESURTEIL

Die Beurteilung der Intensität der Selbsttötungsabsicht ist wohl deshalb so schwierig, weil Suizidhandlungen oft so angelegt sind, daß der Suizidant den Ausgang dem "Schicksal" überläßt. Er fällt keine eindeutige Entscheidung über Leben oder Tod, sondern wartet "wie es ausgeht". "Dem Tod kommt dabei, ohne daß sich der Suizidant dessen voll bewußt ist, die Bedeutung einer Möglichkeit, nicht aber die der einzigen notwendigen Konsequenz des Selbstmordversuchs zu." (v. Schlieffen 1969, S. 183)
Die Erfahrung, daß viele Selbstmordversuche in der Stimmung "es ist mir egal, ob ich am Leben bleibe oder sterbe" verübt werden, veranlaßte Stengel (1969 a) von einem "Gottesurteil" in der alten rituellen Bedeutung des Wortes zu sprechen, dem sich der Suizidant unterwirft. Es geht um ein Hasardspiel, bei dem der Einsatz das eigene Leben ist. Wird der Suizidant ge-

rettet, so nimmt er - wenigstens für einige Zeit - das Urteil, zu leben an.
Auffallend ist, daß die meisten Selbstmordhandlungen unter Umständen ausgeführt werden, die das Eingreifen anderer zumindest möglich machen, d. h. die Mehrzahl der Suizidanten befindet sich in zeitlicher oder örtlicher Nähe zu anderen Menschen, so daß die Chance der Rettung davon abhängt, inwieweit diese entsprechend reagieren. (Vgl. Linden 1969)
Nach Stengel (1960 a) treffen nur sehr wenige Suizidanten Vorkehrungen gegen die Möglichkeit der Rettung. Sorgfältig geplante Selbstmordhandlungen sind nach Stengel (1969 a) ebenso selten wie sorgfältig geplante Mordhandlungen.

### 3.2.3. DER DEMONSTRATIVE SELBSTMORDVERSUCH

Unter demonstrativem Selbstmordversuch ist diejenige Suizidhandlung zu verstehen, bei der nicht der Wunsch des Sterbenwollens im Vordergrund steht. Sie wird vielmehr zu dem Zweck unternommen, die Aufmerksamkeit - meist Nahestehender - auf die Unerträglichkeit eines Zustandes zu lenken. Derartige Selbstmordversuche werden oft auch vor den Augen der für den gegenwärtigen Konflikt verantwortlichen Personen verübt.
So nahmen in einer Untersuchung von v. Schlieffen (1969) 12 von 77 Suizidanten die Tabletten vor den Augen des am suizidalen Konflikt unmittelbar Beteiligten ein oder wiesen sofort nach dem Selbstmordversuch auf die Einnahme von Tabletten hin.
Es wird in der Literatur aber allgemein davor gewarnt, derartige appellative Suizidhandlungen als "nicht ernst zu nehmendes Theater" abzutun. So stellt Ringel (1974, S. 209) fest: "Jeder Selbstmordversuch, wie harmlos auch immer, ist Teil eines suizidalen Verhaltens, anzeigend, daß der Betreffende zu einem solchen neigt."

Verfehlt die appellative Suizidhandlung ihre Wirkung, so besteht die Gefahr, daß die Suizidhandlung in gefährlicherem Ausmaß wiederholt wird, so daß bei ungehört verhallenden Appellationen die Lebensgefährdung zunimmt. (Hofmann 1971; v. Schlieffen 1969; Stengel 1965)
Ringel (1953) betont, daß auch beim "demonstrativen Selbstmordversuch" ein - bewußter oder unbewußter - Todeswunsch angenommen werden muß.

## 3.3. MOTIV - URSACHE - AUSLÖSER

Eine Unterscheidung zwischen dem zur Suizidhandlung führenden Motiv (hier im Sinne von Anlaß zu verstehen!) und der eigentlichen, der Suizidhandlung zugrunde liegenden Ursache - wie sie erstmals von Gaupp (1905) vorgeschlagen worden war - wird heute allgemein für sinnvoll gehalten.

Motive sind die dem Täter bewußten Gründe, die ihn in der konkreten Lebenssituation zur Suizidhandlung veranlaßt haben.

So werden bei den weiblichen Suizidanten vor allem Liebes- und Ehekonflikte, bei den Männern Schwierigkeiten im beruflichen Bereich genannt. (Zwingmann 1965; Ruegsegger 1963)

Einfühlbarer als die oft banal erscheinenden Motive junger Menschen sind die Motive, die alte Menschen veranlassen, aus dem Leben zu gehen. Schwere körperliche Krankheit, Tod des Lebenspartners ohne die Hoffnung, nochmals einen Partner zu finden, eine allgemeine Zukunftsperspektive, die keine Aussicht mehr auf eine Besserung der aktuellen Situation erwarten läßt, führen beim alten Menschen zur Entscheidung, ein nicht mehr lebenswert erscheinendes Dasein zu beenden.

So gravierend äußere Umstände auch sein mögen, der Entschluß zum Selbstmord ist nicht aus den Motiven allein, sondern auch

aus der Persönlichkeit des Suizidanten zu verstehen. Die eigentlichen Ursachen sind dem Täter oft unbewußt und stellen daher für ihn kein Motiv dar. (Ettlinger und Flordh 1955)

Als Ursachen zum Selbstmord werden die treibenden Kräfte in der leibseelischen Einheit des Täters, d. h. bestimmte Persönlichkeitsfaktoren gesehen, die ihn dazu disponieren, daß eine konkrete Situation zum Motiv für eine Suizidhandlung werden kann. Das Motiv ist nicht selten "nur ein Faktor, der sich der eigentlichen Ursache aufpfropft". (Feudell 1965, S. 42)
Nach Ringel (1953, S. 11) gestattet das Motiv den Überblick nur "über einen kurzen Augenblick, eben über den des Selbstmords, es beleuchtet das Geschehen nur nach Art einer Momentaufnahme".
Es wird also von den verschiedenen Autoren immer wieder darauf hingewiesen, daß die Suizidhandlung nicht als eine Reaktion auf ein einmaliges äußeres Ereignis gesehen werden darf. Ursachen, die zum Selbstmord führen, sind in der jeweiligen Persönlichkeit und ihrer individuellen Lebensgeschichte zu finden. "Es sind primär die inneren Konflikte und die Angst oder eher die Unfähigkeit, Konflikte zu meistern, aber auch die Bindungsunfähigkeit und Antriebsschwäche, die zur Selbstvernichtung führen." (Zwingmann 1965, S. XIX)
Wir verweisen in diesem Zusammenhang nochmals auf die Bedeutung der Persönlichkeitsentwicklung in der frühen Kindheit und betonen, daß die fehlenden oder unbefriedigenden zwischenmenschlichen Beziehungen im frühkindlichen Milieu, d.h. besonders eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion entscheidend für die Entwicklung zur suizidalen Persönlichkeit sind. Die Fähigkeit zur "Krisentoleranz" (Zwingmann 1965) muß in einem Erziehungsklima erworben werden, das die Möglichkeit zur Entwicklung stabiler emotionaler Beziehungen und eines daraus resultierenden gesunden Selbstwertgefühls bietet. (Vgl. Ringel 1953; v. Schlieffen 1969)

In diesem Sinne stellte bereits Freud im Jahre 1896 fest:
"Nicht die letzte ..... Kränkung ist es, die den ..... Selbstmordversuch erzeugt, mit Mißachtung des Satzes von der Proportionalität des Effektes und der Ursache, sondern diese kleine aktuelle Kränkung hat die Erinnerungen so vieler intensiverer früherer Kränkungen geweckt und zur Wirkung gebracht, hinter denen allen noch die Erinnerung an eine schwere, nie verwundene Kränkung im Kindesalter steckt." (zitiert nach Federn 1929, S. 343)
Die vor allem in der Selbstmordstatistik anzutreffende Reduktion mehrerer Motive des Suizidanten auf ein Hauptmotiv kritisiert v. Schlieffen (1969).

Wie wir im empirischen Teil unserer Arbeit aufzeigen werden, ist es nicht das einzelne Motiv, sondern eben gerade die Summierung von verschiedenen belastenden Faktoren, die den Suizidanten entmutigt und ihm die jeweilige Situation als nicht mehr bewältigbar erscheinen läßt.
Wiele (1965) weist darauf hin, daß weniger die Quantität der umweltlichen Belastungen entscheidend sei als vielmehr ihr jeweiliger individueller Bedeutungsgehalt.
So hatte bereits Abraham (1924) darauf aufmerksam gemacht, daß die "Wiederholung der primären Enttäuschung im späteren Leben" den Anlaß zum Ausbruch einer melancholischen Verstimmung bildet. (S. 49)
In diesem Sinne stellt auch Ringel (1953) fest, daß ein Trauma besonders leicht zum Selbstmord führt, wenn dadurch eine Situation geschaffen wird, die in gleicher oder ähnlicher Weise den Suizidanten bereits einmal besonders schmerzlich getroffen hat. Viele Autoren drücken ihr Erstaunen über die "Banalität der Gründe" aus, die zum Selbstmord führen:
"Es tun sich nicht Abgründe auf ....., sondern es offenbaren sich die banalen Unzulänglichkeiten." (Feudell 1965, S. 45)

Die Annahme, daß Traumen, die an bereits erlittene Schläge erinnern, in besonderer Weise zum Selbstmord motivieren, ist

deshalb von großer Bedeutung, da sie jene Fälle verstehen hilft, bei denen die äußere situative Belastung als Motiv zur Suizidtat so unberechtigt und so "banal" erscheint. Gerade wo ein scheinbar unbedeutendes Motiv eine Suizidhandlung ausgelöst hat, muß nach dem traumatisierenden Stellenwert dieses Motivs in der Lebensgeschichte des Suizidanten gefragt werden.
So wird eine Liebesenttäuschung im späteren Leben umso schwerer zu ertragen sein, je mehr traumatische Liebesenttäuschungen in der Kindheit erfahren wurden. Jede neue derartige Enttäuschung ist geeignet, die ursprünglichen infantilen Affekte der Verzweiflung und der Wut in ihrer vollen Intensität wieder aufleben zu lassen, wodurch die gegenwärtige Situation oft eine verzerrte, überwertige Bedeutung erhält.
Ringel (1953) weist in Anlehnung an v. Andics darauf hin, daß vor allem Traumen zum Selbstmord führen, die geeignet sind, das Selbstwertgefühl zu verletzen. (Vgl. Narzißmustheorie) Dabei kann nicht nur das Versagen vor anderen, sondern vor allem auch das Versagen vor sich selbst zum Suizid führen.

Häufig geht der Suizidhandlung ein äußerer Anlaß voraus, der - obwohl er als Bagatelle erscheinen mag - zum letzten Auslöser wird, ohne den die Suizidhandlung vielleicht unterblieben wäre. "Das-auch-noch-Erlebnis" (Dubitscher 1971) bringt die bis dahin mühsam aufrecht erhaltene Contenance ins Wanken, die aufgepeitschten Emotionen lassen ein klares Abschätzen der Situation und eine adäquate Reaktion nicht mehr zu.

Wir nennen hierzu Beispiele aus einer Untersuchung von Henseler (1974, S. 114), die zum Anlaß für eine Selbstmordhandlung wurden:
"Der Mann entzog sich einer Auseinandersetzung um Eierkochen kurzerhand, indem er sie allein ließ."
"Der Ehemann blamierte sie vor einer anderen Frau."
"Die Frau gab sich mit seinen Bemühungen noch nicht zufrieden und erwartete abends im Bett noch mehr."

Die Selbstmord auslösende Wirkung dieser objektiv so banalen Anlässe muß - wie bereits betont - stets in Zusammenhang mit der persönlichen Entwicklung und der aktuellen Lebenssituation des betreffenden Suizidanten gesehen und verstanden werden.
Das auslösende Ereignis, das zur Selbstmordhandlung führt, ist als Focus zu sehen, in dem sich die chronische Konfliktsituation, das ständige Unausgefülltsein, die Insuffizienzgefühle und die ständig frustrierte Sehnsucht nach Geborgenheit und Anerkennung zentrieren.

## 3.4. SELBSTMORD: BILANZ ODER ABSCHLUSS EINER KRANKHAFTEN ENTWICKLUNG?

Der Terminus "Bilanzselbstmord" wurde von dem Psychiater Hoche (1919) in die Literatur eingeführt, der die Auffassung vertrat, daß viele, wenn nicht die meisten Lebensmüden, in nüchterner Gegenüberstellung die positiven und negativen Seiten ihrer Lebenssituation überprüfen und beim Überwiegen der Schattenseiten zu der "Bilanz" gelangen, daß es sinnvoller sei, dieses Leben zu beenden.
Diese Ansicht entspricht der seit Jahrhunderten üblichen und bis zur Jahrhundertwende unkritisiert gebliebenen Auffassung, daß der Selbstmord - soweit er nicht auf eine Geisteskrankheit zurückzuführen ist - als eine von der Vernunft bestimmte Tat zu gelten habe, die vom Individuum bei klarer Entscheidungs- und uneingeschränkter Verantwortungsfähigkeit vollzogen werde. Heute wird die Einteilung in "Bilanz- und Kurzschlußsuizide" (wie sie z. B. Spoerri noch 1975 vorschlägt) kaum noch getroffen.
In der neueren Selbstmordforschung wird im allgemeinen die Existenz eines Bilanzselbstmordes mehr und mehr in Zweifel

gezogen bzw. sein Vorkommen als so selten erachtet, "daß er für die praktische Suizidprophylaxe bedeutungslos erscheint." (Thomas 1964, S. 17)
So nimmt auch Henseler (1971) an, daß man den Bilanz-Selbstmord zwar unter Politikern, Diplomaten, Offizieren und Agenten findet, daß er aber im klinischen Alltag sehr selten sei.

Stengel (1958, S. 216) nennt die Idee des Bilanzselbstmordes eine "unzulässige Rationalisierung einer höchst komplizierten überdeterminierten Handlung". Er glaubt, daß die Vorstellung eines Bilanzselbstmordes nicht so sehr "einem Bedürfnis des Selbstmörders als dem des Untersuchers entspricht." (Stengel 1962, S. 57)

Im allgemeinen gilt der Bilanzselbstmord in der heutigen Literatur - soweit seine Existenz überhaupt angenommen wird - als seltene Ausnahme. (Vgl. v. Schlieffen 1969; Ettlinger und Flordh 1955; Dubitscher 1971)
Auf Grund ausgedehnter empirischer Untersuchungen und differenzierter Motivationsanalysen wird zunehmend die Bedeutung intrapsychischer Konflikte für das Entstehen von Suizidhandlungen erkannt.
Eine extreme Position zur Auffassung, daß die Suizidhandlung das Resultat nüchternen Abwägens und Bilanzierens sei, nimmt Ringel (1953) ein, der den Selbstmord als den "Abschluß einer krankhaften Entwicklung" sieht. Ringel glaubt, daß zwischen Neurose und Selbstmord ein ursächlicher Zusammenhang besteht und daß die Neurose einen entscheidenden Beitrag zu jener Entwicklung leistet, die in Selbstmord mündet.
(Vgl. das "Präsuizidale Syndrom" in dieser Arbeit)

Ringel betont immer wieder, daß es - vor allem auch im Hinblick auf die Selbstmordprophylaxe - von entscheidender Bedeutung sei, daß der Selbstmord zu sehen sei "als eine Krankheit und nicht als eine Lösung oder gar als ein Ideal". (1953, S. 231)

Die These von einer dem Selbstmord bzw. dem Selbstmordversuch zugrunde liegenden psychischen Erkrankung wird in der Literatur zunehmend vertreten (vgl. hierzu Pohlmeier 1971, 1978) und durch (manchmal sehr global aufbereitete) Diagnosestatistiken belegt.
So schreibt Thomas: "Wir haben bisher über 5000 Selbstmordgefährdete genau psychiatrisch und psychotherapeutisch untersucht, doch nur 14mal keine eindeutige schwere seelische Erkrankung feststellen können." (Thomas 1970, S. 31)
Ringel (1953) stellte in einer Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern fest, daß lediglich auf 34 der Untersuchten der Begriff "Bilanzselbstmord" zugetroffen habe. Es habe sich bei diesen vorwiegend um ältere Männer gehandelt. Detailliert ist z. B. folgende Diagnosetabelle für eine durch Zufall ausgesuchte Stichprobe (N = 100) von Patienten, die sich in suizidaler Absicht eine Selbstintoxikation zugefügt hatten. (Kockott u. a. 1970, S. 462)

| | |
|---|---|
| Psychotische Depression (einschließlich Verdacht) | 7 |
| Schizophrene Psychose (einschließlich Verdacht) | 1 |
| Charakterneurose, Neurose, (neurotische Depression), abnorme Erlebnisreaktion | 80 |
| Alkoholismus, Medikamentensucht | 12 |
| insgesamt | 100 |

Schwierigkeiten im Vergleich von differenzierten Diagnosestatistiken ergeben sich aus den von den jeweiligen Psychiatern benützten unterschiedlichen Klassifikationssystemen.

Stengel (1969 b, S. 42) verdeutlicht dies durch eine Gegenüberstellung zweier Diagnoselisten.

Tabelle I

| | |
|---|---|
| Schizophrenie | 2 Fälle |
| Endogene Depression | 36 Fälle |
| Senile Depression | 6 Fälle |
| Reaktive (neurotische Depression) | 62 Fälle |
| Psychopathische Reaktion | 8 Fälle |
| Undiagnostiziert | 3 Fälle |

Tabelle II

| | |
|---|---|
| Schizophrenie | 4 % |
| Endogene Depression | 28 % |
| Organische Demenz | 2 % |
| Neurose | 26 % |
| Neurotische Reaktion | 2 % |
| Pathologische Altersreaktion | 26 % |
| Psychopathie | 12 % |
| Debilität | 2 % |

Tabelle I bezieht sich auf 117 Selbstmorde, die in einer Londoner Vorstadt im Jahre 1953 registriert wurden. (Stengel und Cook)

Tabelle II enthält die Diagnosen von 50 Wiener Selbstmördern, die von Ringel einer psychologischen Autopsie unterzogen wurden.

Stengel vermutet, daß die Fälle, die in Wien als "Pathologische Altersreaktion" eingestuft wurden, in London wahrscheinlich als reaktive oder endogene Depression diagnostiziert worden wären.
Ungeachtet dieser Schwierigkeiten dürfte aber aus den dargelegten Statistiken eindeutig ersichtlich sein, daß bei Per-

sonen, die eine Suizidhandlung begehen, sehr häufig eine psychische Erkrankung vorliegt. (Vgl. Ettlinger und Flordh 1955)

## 3.5. SUIZIDHANDLUNG UND PSYCHOSE

Der Anteil psychotischer Selbstmorde wird in der Literatur unterschiedlich angegeben. Er schwankt im allgemeinen zwischen 10 und 30 %, es werden aber auch Extremzahlen von 3 - 66 % genannt. (Wiele 1965: 6,3 %; Bappert 1965: 5 - 8 %; Ringel 1953: 14 %; Gruhle 1940: 10 - 20 %; Ettlinger und Flordh 1955: 16,6 %; Dahlgren 1945: 35 %)

Der Anteil der Psychotiker ist beim vollendeten Selbstmord höher als beim Selbstmordversuch. (Ringel 1961)
Die unterschiedlichen Ergebnisse erklären sich vor allem aus dem unterschiedlichen Untersuchungsgut. So werden Untersuchungen, die in einer Nervenklinik durchgeführt werden, zwangsläufig einen höheren Anteil an Psychotikern aufweisen als Untersuchungen an einem allgemeinen Krankenhaus. Ferner ist die Einstufung als Psychose auch abhängig von der Weite des Psychosebegriffes des diagnostizierenden Psychiaters. So erklären Ettlinger und Flordh (1955) den hohen Anteil der Psychotiker den Dahlgren gefunden hat, durch dessen wesentlich weiteres Psychosekonzept.
Kalnins (1963) stellte beim vergleichenden Literaturstudium fest, daß in Untersuchungen früherer Jahre stets ein höherer Prozentsatz von Psychosen bei Suizidanten diagnostiziert worden war.
Sie erklärt diese Tatsache dadurch, daß früher - aufgrund der strengeren ethischen Verurteilung des Selbstmordes - wesentlich mehr Suizidhandlungen verheimlicht wurden. Diese Geheimhaltung war bei Psychosen stets weniger leicht möglich.

Die für die Suizidgefahr bedeutendste Psychose ist die endogene Depression. Greger (1963) fand bei einer Untersuchung an 327 an endogener Depression Erkrankten, daß 38 % während des Beobachtungszeitraumes einen Selbstmordversuch unternommen haben. Etwa 10 % suizidierten sich.
Über ein Drittel der Selbstmordversuche liegen nach Greger innerhalb des ersten Jahres, d. h. innerhalb der ersten depressiven Phase.
Innerhalb einer depressiven Phase sind die Kranken besonders zu Beginn und bei Abklingen der Phase suizidgefährdet, d.h. zu Zeiten, da die für die endogene Depression typische Hemmung aller Antriebskräfte weniger ausgeprägt ist.
Die Wiederholungsgefahr ist bei der endogenen Depression höher als bei der Schizophrenie. Ringel (1953) nimmt an, daß der Selbstmordversuch beim Schizophrenen eine bedeutende Entladung darstellt, die ein rasches Rezidiv verhindert.
Bei der Schizophrenie ist es vor allem der Beginn der Psychose, der zum Selbstmord führen kann. Ringel (1953) nennt als Gründe dafür die völlige Veränderung, die in der Persönlichkeit des Kranken vor sich geht sowie das Krankheitsgefühl, das anfangs noch vorhanden ist und ihm diese Veränderung besonders qualvoll erscheinen läßt.

Die Art der Durchführung des Selbstmordes ist bei Psychotikern oft eruptiv und weist häufig Anzeichen von Grausamkeit auf.
Die in den meisten Fällen sehr ernst zu nehmende Suizidtendenz des Psychotikers kommt in der Wahl des Selbstmordmittels zum Ausdruck. Bevorzugt werden sogenannte "harte Methoden", wie z. B. Strangulation und Pulsaderschnitt.
Anzumerken ist natürlich, daß sich viele Selbstmorde und Selbstmordversuche von Psychotikern in Krankenhäusern ereignen, in denen Schlafmittel u. ä. dem Patienten nicht in suizidaler Dosis zur Verfügung stehen.
Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied zwischen der Suizidhandlung des Psychotikers und des Nicht-Psychotikers im Motiv.

Während der nichtpsychotische Selbstmord aus der Persönlichkeitsstruktur ableitbar und in gewissem Maße - ungeachtet der teilweise erschreckenden Banalität der Anlässe - einfühlbar ist, ist die Ursache des psychotischen Suizids zunächst in der Psychose begründet. "Das heißt, daß es bei der Melancholie rein phänomenologisch ausreichende psychopathologische Substrate gibt, die als Ursachen für den Selbstmord oder den Selbstmordversuch angeführt werden können." (Greger 1963, S. 286) Dies gilt sinngemäß auch für die anderen Psychoseformen endogener Herkunft. Greger weist vor allem auf die unerklärliche Angst hin, die oft raptusartig durchbrechen kann. Neben der Angst sind es bei der endogenen Depression vor allem die Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, die zum Motiv für die Suizidhandlung werden.

Bei den Wahninhalten der endogenen Depression lassen sich vor allem 3 Themenkreise abgrenzen, die nach Kurt Schneider (1952) die Urängste des Menschen widerspiegeln: Die Angst um das Heil der Seele (Verschuldungs- und Versündigungswahn), die Angst um die Gesundheit (Hypochondrischer Wahn) und die Angst um die materielle Sicherheit (Verarmungswahn). Das melancholische Wahnerleben schafft somit nichts, was dem Menschen grundsätzlich fremd ist. Zur Bezeichnung Wahn berechtigen aber die unerschütterliche Fehleinschätzung der Realität und die Unfähigkeit, überzeugende Argumente anzuerkennen.
Weniger einfühlbar als die Wahninhalte der endogenen Depression sind die Wahninhalte der Schizophrenie.
Es besteht kein Zweifel, daß der psychotischen Erkrankung als Suizidursache entscheidende Bedeutung zukommt. Doch scheint es unseres Erachtens sehr sinnvoll, wenn Ringel (1953) darauf hinweist, daß auch exogene Motive beim psychotischen Suizid eine Rolle spielen können. Die auslösende Funktion exogener Faktoren bei Psychosen wird in der Literatur seit längerem diskutiert. (Vgl. z. B. Müller-Fahlbusch 1971)
In welchem Maße die Suizidhandlung des Psychotikers auch von exogenen Faktoren bestimmt wird, dürfte mit dem Grad und der

Schwere der Psychose zusammenhängen. Es finden sich außerdem auch bei endogenen Depressionen zusätzlich neurotische Entwicklungen, die die Suizid-Ursache mitbeeinflussen können.

## 3.6. SUIZIDHANDLUNG UND ALKOHOL

Übereinstimmend wird in der Literatur in der Alkohol- und Tablettenabhängigkeit eine besondere suizidale Gefährdung gesehen.
Enge Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Suizidhandlung sind durch viele empirische Untersuchungen abgesichert. Es fand sich bei Personen, die eine Suizidhandlung begangen haben, stets ein höherer Prozentsatz an Alkoholikern als durch einen Vergleich mit der Normalbevölkerung zu erwarten gewesen wäre.

So stellte Dietrich (1975) fest, daß 2 % der Bevölkerung Alkoholiker sind.

Kalnins (1963) fand in ihrer Analyse von 2215 Selbstmordversuchen folgende Prozentzahlen:

1930 - 1945 männliche Alkoholiker 26 %
weibliche Alkoholiker 4 %

1946 - 1957 männliche Alkoholiker 32,5 %
weibliche Alkoholiker 6,5 %

In einer Untersuchung von Feuerlein (1976) sind von Personen, die einen Selbstmordversuch begangen haben, 20 % Alkoholiker.

In einer Untersuchung von Dahlgren (1945) erhielt sogar fast die Hälfte der männlichen Suizidanten (Selbstmordversuch) die Diagnose "chronischer Alkoholismus". Ettlinger und Flordh (1955)

fanden 18,2 % Alkoholiker (37,6 % Männer, 3,2 % Frauen) bei den von ihnen untersuchten Suizidanten. (Selbstmordversuch)

Böcker (1974) gibt die männlichen Alkoholiker bei den von ihm untersuchten Suizidanten mit 25 % an. Er weist ferner darauf hin, daß die Trunksucht des Ehemannes auch häufig zum Selbstmordmotiv für die Ehefrau wird. Tabletten- und Alkoholmißbrauch zusammengenommen fanden Hausmann u. a. (1968) bei 21 % der Suizidanten. (Selbstmordversuch)

Pino (1977) stellte fest, daß Patienten mit wiederholten Selbstmordversuchen gegenüber den Patienten mit einmaligem Selbstmordversuch signifikant häufiger alkohol- und tablettenabhängig sind. Nach der Leberzirrhose ist der Selbstmord die zweithäufigste Todesursache der Alkoholiker. Die Suizidalität liegt bei chronischen Alkoholikern 12- bis 75mal höher als bei der Gesamtbevölkerung. (Feuerlein 1976)
Häufig werden Suizidhandlungen im Zustand des bei fallendem Alkoholspiegel entstehenden Katzenjammer begangen.
Dubitscher (1971) beschreibt diese dem Rausch folgende depressive Verstimmung als einen "Zustand des heulenden Elends, in dem alle Ereignisse überdimensionale Bedeutung erhalten".

Auch bei Suizidanten, bei denen kein chronischer Alkoholabusus vorliegt, spielt Alkohol häufig als ein die Suizidhandlung erleichternder Faktor eine entscheidende Rolle.
So stellten Ettlinger und Flordh (1955) fest, daß 23,4 % der nach einem Selbstmordversuch in die Klinik eingelieferten Patienten unter Alkoholgenuß standen.

In einer Untersuchung von Wiele (1965) geschah der Selbstmordversuch von 31 % der männdlichen und 10 % der weiblichen Patienten unter Einfluß von Alkohol.

Der suizidfördernde Einfluß des Alkohols muß auch in weiterem Sinne gesehen werden: Chronischer Alkoholismus gefährdet

die Arbeitsfähigkeit und damit die wirtschaftliche Existenzgrundlage ebenso wie die zwischenmenschlichen Beziehungen und schafft somit eine Situation, aus der der Selbstmord oft als letzter Ausweg erscheint.
In diesem Sinne kann nach Menninger (1974) Alkohol ein Mittel zum "chronischen Selbstmord" werden. Unter chronischem Selbstmord versteht Menninger jene selbstschädigenden Handlungen eines Individuums, die nicht plötzlich zu einer Beendigung des Lebens führen, sondern vielmehr eine langsam fortschreitende Selbstzerstörung bewirken.
Nach Ringels Ansicht (1961) hat die Tendenz zur Suizidhandlung nicht primär mit dem Alkohol zu tun, sondern der Zusammenhang besteht vor allem darin "daß Alkoholmißbrauch und Selbstmord in den meisten Fällen auf eine gemeinsame Wurzel zurückgehen, nämlich auf eine psychische Erkrankung". (S. 100)

## 3.7. SUIZIDHANDLUNG UND JENSEITSGLAUBE

Es wäre zu erwarten, daß Menschen, die sich aus eigenem Entschluß zu einem von ihnen bestimmten Zeitpunkt jener Erfahrung aussetzen, die das Ende des uns Bekannten bedeutet, sich intensiv mit Vorstellungen über ihren Tod beschäftigen.

Die Erfahrung zeigt aber, daß die bewußte Beschäftigung mit Todesvorstellungen vor Suizidhandlungen selten ist, selbst bei Menschen, die bestimmte Glaubensüberzeugungen in bezug auf den Tod haben. (Linden 1969, Stengel 1969 a)

Als Erklärung dafür wird in der Literatur allgemein angegeben, daß es gar nicht der Tod als solcher ist, der gewünscht wird, sondern im Vordergrund steht das Bedürfnis nach Ruhe und Erholung, nach einem Zustand der Sorgenfreiheit, den der Schlaf nicht mehr in dem gewünschten Maß zu geben vermag. (Zwingmann 1965)

Die Suizidanten drücken diese Einstellung häufig mit Worten aus, wie: "Ich habe nicht ans Sterben gedacht, ich wollte nur Ruhe haben" oder "Tod bedeutete für mich nichts als wieder endlich Ruhe zu haben". (Linden 1969, S. 82)

In diesem Sinne stellt auch Sperling fest, daß Vergleiche mit den Todesauseinandersetzungen Sterbender die Vermutung nahelegen, daß "der Suizid mit dem Tod weniger zu tun hat als mit der Unerträglichkeit des Lebens". (Sperling 1972, S. 409)

Die Frage, ob Suizidanten eher glauben, daß der Tod das unwiderrufliche Ende der menschlichen Existenz bedeutet oder ob sie ein Weiterleben in irgendeiner Form nach dem Tode erwarten, untersuchte Irle (1968; N = 200, darunter 63 psychotische, meist depressive Patienten).
Die Aussagen der Suizidanten wurden verglichen mit den Aussagen einer Kontrollgruppe aus psychisch gesunden, neurologisch oder internistisch kranken Patienten. Außerdem wurden zum Vergleich Umfrageergebnisse des Allensbacher Demoskopischen Instituts herangezogen. Ergebnis: Es fanden sich keine Differenzen hinsichtlich der Einstellung der Suizidanten.

Erst wenn man die Gruppe der Suizidanten aufteilte in psychotische und nicht-psychotische, zeigte sich, daß die psychotischen in vermehrtem Umfange glaubten, es gäbe ein Weiterexistieren nach dem Tod.
Von beiden Einstellungen ging nach Irle sowohl eine suiziderleichternde als auch eine suizidhemmende Wirkung aus.
Suiziderleichternd war der Glaube, daß der Tod kein endgültiges Ende, sondern den Übergang in eine andere Form der Existenz bedeute.
Suizidhemmend war die Angst vor einem nach dem Tode zu erwartenden Gericht.
Beim Vergleich der beiden großen christlichen Konfessionen gilt allgemein, daß die Selbstmordrate der Protestanten höher ist als die der Katholiken. (Durkheim 1973; Gruhle 1940)

Unzulässig aber sind eindeutige Aussagen darüber, daß die katholische Religion grundsätzlich einen suizidhemmenden Einfluß habe, da es sowohl überwiegend katholische Länder mit einer besonders niedrigen Selbstmordrate (wie Irland, Spanien und Italien) als auch solche mit besonders hohen Selbstmordziffern (wie Frankreich, Österreich und Ungarn) gibt. (Vgl. Stengel 1969 a)

Nach einer großen Untersuchung von Bayreuther (1959) hat die Zugehörigkeit zu einer der christlichen Religionsgemeinschaften keine suizidhemmende Wirkung, die Konfessionslosen hatten sogar weniger Suizide aufzuweisen.
Zwingmann (1965) weist darauf hin, daß wiederholt festgestellt wurde: trotz der strengen Tabus liegt allgemein gesehen die Suizidrate in christlichen Ländern höher als in Ländern mit anderen Religionsarten und sogar höher als in Ländern, in denen der Selbstmord keiner moralischen Verurteilung unterliegt.

Es wäre natürlich verfehlt, aus diesen statistischen Zusammenhängen auf eine suizidfördernde Wirkung der christlichen Religionen zu schließen. Bevölkerungsdichte, Zivilisierung und der damit verbundene, die Selbstentfremdung fördernde Lebensstil sind besonders häufig in den christlich-zivilisierten Ländern.

Zwingmann (1965) wirft in diesem Zusammenhang aber auch die - nicht ganz unberechtigte - Frage auf, inwieweit die religiösen Begriffe der Schuld, Sünde und Sühne unter Umständen bei der Entstehung psychischer Störungen und der mit diesen in Zusammenhang stehenden Suiziddisposition eine Rolle spielen können.

# 4. EIGENE UNTERSUCHUNG AN 100 SUIZIDANTEN

## 4.1. FRAGESTELLUNG UND UNTERSUCHUNGSZIEL

### 4.1.1. DAS RECHT AUF DEN EIGENEN TOD

In unserer durch die Technokratie und die damit verbundene Entindividualisierung des Menschen geprägten Zeit sind Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung zu den zentralen Zielen geworden.
Unter menschlicher Selbstverwirklichung werden heute nicht nur ein menschenwürdiges Leben, sondern ebenso auch eine menschenwürdige Beendigung dieses Lebens verstanden: "Das Recht auf den eigenen Tod ist die Basis des gesunden Lebens." (Jost, zitiert nach Dörner 1973, S. XIII)
Die Forderung nach dem "Recht auf den eigenen Tod" wird um so dringender, je mehr die "Manipulierbarkeit des Sterbens durch die Techniken der modernen Medizin" zu "aufgedrängter Lebensverlängerung" (Eser 1976) führt.
"Die Freiheit zu sterben bedeutet, daß wir unseren eigenen Tod sterben dürfen." (Weisman, zitiert nach Wallace 1976, S. 220)

Euthanasie und Suizidverhütung sind der Focus, in dem sich das Problem der "Freiheit zum Tode" zentriert. Eser (1976, S. 2) wirft die Frage auf, "ob und inwieweit es sich bei Suizid und Euthanasie lediglich um zwei verschiedene Seiten der gleichen Medaille handelt."
Uns kann und soll im Rahmen dieser Arbeit u. a. die Frage der Suizidverhütung interessieren, d. h. die Frage danach, ob der Arzt dem Suizidanten die "Freiheit zum Tode" verwehren soll.

Der bekannte Strafrechtsexperte Engisch wendet sich gegen eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs, der den Standpunkt vertrat, "daß gegen den sich einer Rettung widersetzenden Selbstmörder Zwang angewendet werden dürfe, weil der Wille zu sterben als sittenwidrig und rechtlich unbeachtlich anzusehen sei." (Engisch 1976, S. 313)

Nach der Ansicht von Engisch "kann der Wille zu sterben nur dort einfach als unbeachtlich angesehen werden, wo er auf geistiger Störung beruht."
Engisch betont den Grundsatz des "voluntas aegroti suprema lex", der bedeutet, daß der Arzt "nicht g e g e n den Willen des Patienten behandeln darf, daß er nicht durch Zwang oder Täuschung den Willen des Patienten überspielen darf." (Engisch 1976, S. 316)
Dies würde allerdings voraussetzen, daß der Entschluß zum Suizid auf einer freiverantwortlichen Entscheidung beruht. Gerade aber die Fähigkeit zur freien, eindeutigen und unwiderruflichen Entscheidung zum Selbstmord muß auf Grund empirischer Untersuchungen bei sehr vielen - wenn auch sicher nicht bei allen - Suizidanten angezweifelt werden.
So wird in der Literatur zunehmend auf die "mangelnde Validität des Selbsttötungswillens" hingewiesen, durch die die Formel von der "Respektierung des freien selbstmörderischen Willens" ihren inneren Grund verliert." (Bringewat 1976, S. 369)

Diese Gedanken berücksichtigt auch Engisch, wenn er feststellt: "Ist der Suizidant durch den Selbstmordversuch bewußtlos geworden, so wird man von der Erfahrungstatsache ausgehen dürfen und müssen, daß häufig Selbstmörder nach ihrer Rettung für diese dankbar waren, so daß man jedenfalls nicht aus dem Selbstmordversuch auf einen der Rettung widerstrebenden Willen schließen darf." (Engisch 1976, S. 313/314)

Die Beantwortung der Frage nach der "Freiverantwortlichkeit des Selbsttötungswillens" faßt Bringewat (1976, S. 368) dahingehend zusammen, "daß der selbstmörderische Wille unfrei und als pathologische Zusammenballung verschiedenster Fehlmotivationen krank ist."
Wenn diese Feststellung sicher auch nicht uneingeschränkt für alle jene gelten kann, die ihr Leben selbsttätig beenden - "es gibt den zu rechtfertigenden Suizid" (Wallace 1976, S. 220) -, so kann doch für einen sehr hohen Prozentsatz der

Suizidanten angenommen werden, daß sie ihre Entscheidung zum Selbstmord auf Grund einer - oft aus pathologischen Gründen - verzerrten Realitätseinschätzung getroffen haben (Vgl. Ringel 1953, Pohlmeier 1971, Thomas 1970)

## 4.1.2. IST DER ÜBERLEBENDE SUIZIDANT FROH ÜBER DIE RETTUNG?

Es soll und kann nicht unsere Aufgabe sein, die Grundfragen menschlichen Sterbens in ethischer oder juristischer Sicht zu lösen. Die Aufgabe, die sich uns im Rahmen dieser Arbeit stellt, ist eine wesentlich bescheidenere: Es soll festgestellt werden, inwieweit die erfolgte Rettung nach einer "unvollendeten" Suizidhandlung vom Patienten bejaht wird.
Die ursprüngliche - von W. Spann formulierte - Fragestellung lautete:
"S i n d d i e n a c h e i n e m S e l b s t m o r d v e r s u c h g e r e t t e t e n P a t i e n t e n d e m A r z t d a n k b a r ?"
Es zeigte sich allerdings sehr bald, daß diese Art der Fragestellung keine präzise Antwort darauf erwarten ließ, ob der Patient die Tatsache seines Überlebens bejahte.
Wir mußten feststellen, daß manche Patienten, die es vorgezogen hätten, nicht mehr zu erwachen, sowie auch solche, die nicht uneingeschränkt früh über ihre Rettung waren, angaben, dem Arzt "dankbar" zu sein, "da er sich solche Mühe gegeben hatte."
Das "Gefühl der Dankbarkeit" war deshalb lediglich im Sinne "einer sozial erwünschten Antwort" zu werten ("man ist für Bemühungen dankbar") und gab keinen Aufschluß darüber, ob der Patient seine Rettung begrüßte.

Die entscheidende Frage wurde deshalb folgendermaßen formuliert:
"S i n d S i e i m A u g e n b l i c k f r o h , d a ß S i e n o c h a m L e b e n s i n d ?"

Nicht alle erhaltenen Antworten ließen sich einfach in die Kategorien "Froh" oder "Nicht-Froh" einordnen, es zeigte sich vielmehr, daß die Aufstellung einer dritten Kategorie "Froh mit Einschränkung" erforderlich wurde, unter der alle jene Fälle subsumiert wurden, bei denen Antworten gegeben wurden wie:

"Ich bin froh, w e n n sich die Umstände ändern, die zum Selbstmordversuch geführt haben." ("Wenn ich nicht mehr zur Bundeswehr muß", "wenn ich den Freund zurückgewinne" usw.)
"Ich bin teils froh, teils nicht froh."
"Ich kann die Frage nicht beantworten."

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war, festzustellen, ob und inwieweit sich die Gruppen "Froh", "Froh mit Einschränkung" und "Nicht-Froh" unterscheiden.

## 4.2. BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNG

### 4.2.1. BEGRIFF DES SELBSTMORDVERSUCHS IM RAHMEN DIESER ARBEIT

Die Frage, was als Selbstmordversuch zu gelten habe, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet.
Während Feuerlein (1971) für eine begriffliche Abtrennung der "parasuizidalen" Handlung vom eigentlichen Selbstmordversuch plädiert, werden von der Mehrzahl der Autoren auch solche Selbstbeschädigungen als Selbstmordversuche behandelt, bei denen der unbedingte Entschluß zu sterben fehlt. (Ettlinger und Flordh 1955, Ringel 1953, 1974, v. Schlieffen 1969)

Hausmann et al. (1968) fanden, daß bei den von ihnen untersuchten Suizidhandlungen nur in 45 % der Fälle eine wirkliche Suizidtendenz vorlag.

Wir verstehen im Rahmen unserer Arbeit unter Selbstmordversuch alle gegen die Unversehrtheit des eigenen Körpers gerichteten Handlungen, die Anlaß zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus wurden und vom behandelnden Arzt als Selbstmordversuch bzw. als parasuizidale Handlung diagnostiziert worden waren.

Unser Ziel war es, eine möglichst unselegierte Serie von suizidalen Handlungen zu untersuchen, um auf diese Weise einen spezifischen Ausschnitt jener suizidalen Problematik zu erhalten, der sich der behandelnde Arzt gegenüber gestellt sieht.

Aus diesem Grund enthält unsere Untersuchung auch jene Fälle, die weder von der psychischen Intention noch von der Schwere der somatischen Schädigung her eine Beendigung des Lebens zum Ziele hatten bzw. haben konnten.
Nicht aufgenommen wurden Fälle, bei denen ein freiwilliger Rücktritt von - auch ernst gemeinter Selbsttötungsabsicht - v o r Einleitung der Suizidhandlung erfolgte.
Eingeschlossen dagegen wurden in die Untersuchung alle jene - relativ zahlreichen Fälle - bei denen ein Rücktritt vom Versuch n a c h Einleitung der Suizidhandlung - aus welchen Gründen auch immer - erfolgte.

Wir haben also im Rahmen unserer Arbeit unter Selbstmordversuch, d. h. unter "unvollendetem Selbstmord" sowohl jene Fälle subsumiert, bei denen die Tatsache, daß der Selbstmord nicht vollendet wurde, auf Faktoren zurückzuführen war, die nicht beim Suizidanten selbst lagen, als auch jene Fälle, bei denen die Nichtvollendung vom Suizidanten selbst beabsichtigt oder bewirkt wurde.

## 4.2.2. METHODIK DER BEFRAGUNG

Die Untersuchung wurde von der Autorin in der Zeit vom 7. 8. 1979 bis 18. 3. 1980 durchgeführt.
Die Patienten wurden davon unterrichtet, daß es sich bei dieser Untersuchung um eine wissenschaftliche Arbeit handle,

bei der die Gründe für eine freiwillige Beendigung des eigenen Lebens untersucht werden sollen.
Sehr oft vergewisserten sich Patienten, ob die behandelnden Ärzte von diesen Aussagen erfahren würden. Den Patienten wurde Anonymität und Diskretion zugesichert.
Die Informationen und Daten jedes Patienten wurden mit Hilfe eines semistrukturierten Interviews mit teilweise offenen Fragen, teilweise standardisierten Fragen erhoben. (Vgl. Anhang)

Die Dauer des Gesprächs schwankte zwischen 1 1/2 und 3 Stunden.
Der Zeitpunkt der Untersuchung liegt (bis auf eine Ausnahme mit einer Überschreitung von 2 Tagen) innerhalb von vier Wochen nach der Suizidhandlung.

Die psychiatrische Diagnose wurde vom jeweils behandelnden Arzt eingeholt. Die Diagnosen stammen von verschiedenen Psychiatern aus zwei verschiedenen Kliniken und wurden unter Beratung eines Psychiaters (Heuser 1980) in die entsprechenden Kategorien eingeordnet.

### 4.2.3. PATIENTENGUT

Die Untersuchung wurde an insgesamt 100 Patienten durchgeführt, die nach einem Suizidversuch in stationäre Behandlung kamen.
Wir befragten Patienten in der Toxikologischen Abteilung des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, München 80, Ismaningerstraße 22 (60 Patienten) und in der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität München, München 2, Nußbaumstraße 7 (40 Patienten).
Angestrebt wurde eine möglichst unseligierte Auswahl von den - während des Untersuchungszeitraums - in die Psychiatrische Klinik und in die Toxikologische Abteilung des Klinikums rechts der Isar wegen eines Selbstmordversuchs aufgenommenen Patienten.

Während in der Psychiatrischen Klinik fast alle von den behandelnden Ärzten genannten Patienten (mit Ausnahme der Ferienzeit der Autorin) befragt werden konnten, machte die Anzahl der in der Toxikologischen Abteilung vorhandenen Patienten häufig eine Auswahl nach dem Zufallsprinzip erforderlich.

Eine die Stichprobe verzerrende Auswahl ergab sich durch die jeweilige Bereitwilligkeit der Patienten, an der Untersuchung teilzunehmen, die in beiden Krankenhäusern sehr unterschiedlich war.
Während in der Psychiatrischen Klinik nur zwei männliche Patienten nicht bei der Untersuchung mitmachen wollten, verweigerten in der Toxikologischen Abteilung insgesamt 21 (m = 8, w = 13) ihre Mitarbeit.
Als Gründe für die Ablehnung wurden Argumente genannt wie "Man habe die Geschichte schon dem Psychiater erzählt, das reiche" oder "Man habe keine Lust zu reden" aber auch "Da lernt man sich kennen und dann bricht alles wieder ab."

Drei Patienten lehnten eine Befragung mit dem Hinweis ab, es habe bei ihnen kein Selbstmordversuch vorgelegen.

(Eine Erklärung für die auffällig unterschiedliche Bereitwilligkeit bei den Patienten der beiden Kliniken, an der Untersuchung teilzunehmen, könnte darin gesehen werden, daß Patienten, die einer Aufnahme in die Psychiatrie zugestimmt haben, bereits eine grundsätzliche Bereitschaft zeigen, ihre Probleme als intrapsychisch anzuerkennen und deshalb dem Gespräch nicht ausweichen.)

2 weibliche Patienten der Toxikologischen Abteilung, die auf Grund der Zufallsauswahl hätten befragt werden sollen, konnten wegen ihres durch Alter bzw. unheilbare Krankheit geschwächten Gesundheitszustandes nicht befragt werden. (Alter: 77 und 79 Jahre)
Bei 2 weiblichen Patienten, von denen eine unter einer schweren Psychose des schizophrenen Formenkreises litt, mußte die

Befragung abgebrochen werden, da ihre Fortsetzung für die Patienten eine psychische Überforderung bedeutet hätte.
1 männlicher Patient wurde noch während des Gesprächs von der Polizei wegen einer vor dem Selbstmordversuch verübten kriminellen Handlung festgenommen.

Ein verzerrtes Bild würde sich bei einer gemeinsamen Beurteilung des Patientengutes beider Krankenhäuser hinsichtlich des Selbstmordmittels ergeben. Während in die Psychiatrische Klinik alle Patienten unabhängig von der Wahl des Selbstmordmittels aufgenommen wurden, erfolgte die Aufnahme in die Toxikologische Abteilung natürlich nur nach einer Intoxikation, d. h. nach der Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, Gift, oder ähnlichem.

Sehr unterschiedlich ist naturgemäß der Anteil der Psychotiker in den beiden Kliniken (Psychiatrische Klinik: 45 %, Toxikologische Abteilung: 11,7 %; einschließlich Verdacht auf Psychose).

Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich außerdem hinsichtlich ihrer Verweildauer im Krankenhaus und damit auch hinsichtlich des Befragungszeitpunktes.
Während in der Toxikologischen Abteilung die Befragung vor allem in den ersten Tagen nach dem Selbstmordversuch stattfand, da der Patient meist sehr bald wieder entlassen wurde, konnte in der Psychiatrischen Klinik die Befragung oft erst zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. nach Abklingen eines akuten psychotischen Schubs) durchgeführt werden.

Tabelle 11 Befragung

| | Männer | Frauen | Patienten insgesamt |
|---|---|---|---|
| Befragung durchgeführt bei | 41 | 59 | 100 |
| Befragung abgelehnt von | 10 | 13 | 23 |
| Befragung abgebrochen von | 1 | 2 | 3 |
| Befragung wegen schlechten Gesundheitszustandes nicht möglich | | 2 | 2 |

## 4.3. WIEVIELE DER SUIZIDANTEN BEJAHEN DIE TATSACHE IHRES ÜBERLEBENS?

### 4.3.1. LITERATURERGEBNISSE

In der Literatur wird allgemein die Prozentzahl der geretteten Suizidanten, die ihr Überleben bejahen, als sehr hoch angegeben:

So stellt Pohlmeier (1974, S. 192) fest, "daß etwa 80 % aller, die einen Selbstmordversuch machen, hinterher froh sind, noch am Leben zu sein."

Pino (1977) fand bei einer Katamnese nach 6 Jahren (N = 40), daß 87,5 % froh über ihre Rettung waren und nur 7,5 % ausdrücklich bedauert haben, noch am Leben zu sein.

Rüegsegger (1963), der bei 81 geretteten Suizidanten nach 2 bis 7 Jahren eine Katamnese durchführte, stellte fest, daß 80 % der Befragten froh waren, daß sie damals mit dem Leben davon gekommen waren, (darunter auch solche, denen es weiterhin schlecht ging). Rund 15 % waren ambivalent und konnten die Frage weder mit Ja noch mit Nein beantworten. (5 % = 3 Patienten) befanden sich zur Zeit der Katamnese in einer depressiven Phase. Sie beantworteten die Frage mit "Nein".

V. Schlieffen (1969; N = 77) gibt an, daß nur 12 % der geretteten Suizidanten bedauerten, noch am Leben zu sein. Dieselbe Zahl hatte v. Schlieffen auch in einer Untersuchung von Achté und Ginman gefunden.

Kockott et al. (1970; N = 100) stellten in ihrer Untersuchung fest, daß 60 % froh und 7 % gleichgültig waren. 26 % bedauerten ihre Rettung.

In einer Untersuchung von Heimerzheim (1933, S. 24) bedauerten 28 % der Suizidanten das Mißlingen ihrer Tat "weil ihre Lage sich nicht geändert hat und nicht ändern kann."

Thomas (1970, S. 138) stellt global fest:
"Wir haben in 12 Jahren nur 3 Patienten kennengelernt, die das Scheitern ihres Selbstmordversuchs bedauerten und weiterhin sterben wollten."
Diese Aussage muß uns sowohl auf Grund der Literaturergebnisse als auch auf Grund unserer eigenen Untersuchungen als zu optimistisch erscheinen.

### 4.3.2. ERGEBNISSE UNSERER UNTERSUCHUNG

In der von uns durchgeführten Untersuchung, bei der wir 100 Patienten, die einen Selbstmordversuch verübt hatten, nach ihrer Einstellung zur Tatsache ihres Überlebens befragten, ergab sich folgendes Bild:

Von 100 Suizidanten
waren

57 % "Froh"

24 % "Froh mit Einschränkung"

19 % "Nicht-Froh"

Die unter "Froh" eingestuften Suizidanten begrüßten eindeutig die Tatsache, daß sie noch am Leben waren.

Die Suizidanten der Kategorie "Froh mit Einschränkung" nannten - wie bereits erwähnt - Bedingungen, die erst erfüllt sein müßten, damit sie froh über ihre Rettung sein könnten oder sie konnten die Frage weder eindeutig mit "Ja" oder mit "Nein" beantworten, d. h. sie zeigten die von Rüegsegger erwähnte "Ambivalenz".

Die Suizidanten der Kategorie "Nicht-Froh" bedauerten eindeutig die Tatsache, noch am Leben zu sein.

Entsprechend der in der Literatur erwähnten (vgl. Feudell 1965, Simson 1976, Böcker 1973) häufigeren Beteiligung der Frau am Selbstmordversuch waren auch in unserer Untersuchung die weiblichen Patienten überrepräsentiert. (41 % Männer, 59 % Frauen) Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich wird, zeigte sich aber in der Einstellung zur Tatsache des Überlebens eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 12 Prozentualer Anteil von Männern und Frauen am Selbstmordversuch

| | Insgesamt | | Männer | | Frauen | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| | 100 | 100 | 41 | 100 | 59 | 100 |
| Froh | 57 | 57,00 | 24 | 58,54 | 33 | 55,93 |
| Froh m. E. | 24 | 24,00 | 10 | 24,39 | 14 | 23,73 |
| Nicht-Froh | 19 | 19,00 | 7 | 17,07 | 12 | 20,34 |

## 4.4. BESCHREIBUNG ALLGEMEINER KRITERIEN, DIE KEINE SIGNIFIKANTEN UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN GRUPPEN ERGABEN

Ehe wir unsere Hypothesen darlegen, nach welchen Faktoren sich die 3 Gruppen "Froh", "Froh mit Einschränkung" und "Nicht-Froh" unterscheiden, wollen wir auf einige allgemeine Merkmale hinweisen, bei denen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben.
Die Signifikanzprüfung erfolgte - soweit nichts anderes angegeben wird - mit dem Chi-Quadrat-Test über alle drei Gruppen.

### 4.4.1. BEFRAGUNGSZEITPUNKT

Eine Überprüfung hinsichtlich eines Unterschieds im Befragungszeitpunkt der drei Gruppen erschien uns deshalb bedeut-

sam, weil von den behandelnden Psychiatern die Vermutung ausgesprochen worden war, daß die Bejahung der Rettung und das Akzeptieren des Weiterlebens in den ersten drei Tagen nach dem Selbstmordversuch am gefährdetsten sei.
Ein signifikanter Unterschied im Befragungszeitpunkt (d. h. wenn wir z. B. die Antwort "Froh" signifikant häufiger zu einem späteren Zeitpunkt nach dem Selbstmordversuch erhalten hätten als die Antwort "Nicht-Froh") würde demnach die Gültigkeit der von uns vermuteten Einflußfaktoren einschränken und den Befragungszeitpunkt als bedeutsame Stör- bzw. Moderatorvariable ausweisen.
Der Chi-Quadrat-Test ergab aber eindeutig:
K e i n signifikanter Unterschied im Befragungszeitpunkt.

### 4.4.2. PATIENTENGUT

Da - wie bereits erwähnt - das Patientengut der beiden uns zur Verfügung stehenden Krankenhäuser sich durch den jeweiligen Anteil an Psychotikern deutlich unterschied, erwarteten wir unterschiedliche Ergebnisse in den betreffenden Krankenhäusern hinsichtlich der Entscheidung "Froh", Froh m. E.", "Nicht-Froh". So sehr auch in manchen Bereichen - wie später noch näher auszuführen sein wird - die psychotische Erkrankung als Moderatorvariable anzusehen ist, hinsichtlich der Einstellung zur Tatsache des Überlebens ergab sich in beiden Krankenhäusern kein signifikanter Unterschied. Bei einer Signifikanzprüfung über alle 3 Gruppen ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Psychotikern und Nichtpsychotikern.

## 4.4.3. ÄRZTLICHE DIAGNOSE

Tabelle 13 Ärztliche Diagnose

| | abnorme Erlebnis-reaktion | Neurose, neurot. Entwickl. | Med./ Drog. abusus | Alko-holis-mus | Endog. Depr. | Exog. Psych. | Schizo-phrener Formen-kreis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Froh | 17,54 | 43,86 | 5,26 | 3,51 | 15,79 | 1,75 | 12,28 |
| Froh m.E. | 12,50 | 58,33 | 4,17 | 0,00 | 12,50 | 0,00 | 12,50 |
| Nicht-Froh | 5,26 | 63,16 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 0,00 | 0,00 |
| Total | 14,00 | 51,00 | 6,00 | 4,00 | 14,00 | 1,00 | 10,00 |

$p > 0.05$

Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der ärztlichen Diagnose.

Zum Problem der Reliabilität und Validität der ärztlichen Diagnose wird in der folgenden "Diskussion" Stellung genommen.

DISKUSSION

Bei den Nicht-Frohen fehlten die Psychosen des schizophrenen Formenkreises, die bei den Frohen sowie bei den Frohen m. E. mit jeweils 12 % vertreten waren.

Auffallend ist die relativ hohe Zahl der als Neurose bzw. neurotische Entwicklung diagnostizierten Erkrankungen. Es stellt sich natürlich die Frage, ob derartige Diagnosen nach einem Selbstmordversuch im Sinne eines Zirkelschlusses gestellt werden: weil ein Selbstmordversuch vorliegt, wird eine neurotische Erkrankung angenommen, was dann wiederum zu der Aussage verleitet, daß eine neurotische Erkrankung zum Selbstmordversuch führt.

J.H. Schultz (zitiert nach Dorsch, 1970, S. 284) definiert als Neurose eine "im Unbewußten lagernde, seelisch begründete Fehlhaltung des gesamten Organismus, die entsprechend der Verknüpfung des nervös-seelischen Faktors mit allen Lebensfunktionen sich nun auf sämtlichen Lebensgebieten äußern kann."

Diese seelisch begründete Fehlhaltung, d. h. eine nicht adäquate Verarbeitung der realen Situation aufgrund fehlgeleiteter psychischer Steuerungsmechanismen, war in den von den behandelnden Psychiatern als Neurose bzw. neurotische Entwicklung diagnostizierten Fällen unserer Untersuchung entweder in bezug auf die allgemeine Lebenskonstellation oder auf den Selbstmordversuch selbst zu finden.
Die psychischen Probleme in Form von Insuffizienzgefühlen, depressiven Stimmungen, Antriebshemmungen und diffusen Ängsten, die wir bei den als Neurose diagnostizierten Fällen fanden, machten uns deutlich, daß es sich bei den vorliegenden Diagnosen nicht um ein leichtfertiges - im Zuge psychiatrischer Reformen so häufig angegriffenes - "Labeling" handelt, sondern um die nosologische Einordnung einer psychischen Erkrankung.

### 4.4.4. SCHULBILDUNG UND BERUF

K e i n signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich hinsichtlich Schulbildung und Beruf.

### 4.4.5. GLAUBE AN EIN WEITERLEBEN NACH DEM TOD

K e i n signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich hinsichtlich des Glaubens an ein Weiterleben nach dem Tod.

Insgesamt glaubten 49,47 % an ein Weiterleben nach dem Tod, 30,53 % glaubten, daß nach dem Tod alles zu Ende sei, 20 % hatten keine feste Ansicht. (vgl. 3.7.)

## 4.5. HYPOTHESEN

Die Hypothesen, die wir im folgenden darstellen, beschreiben jene Faktoren,von denen wir erwarteten, daß sie die einzelnen Gruppen (Froh, Froh m. E., Nicht-Froh) am besten trennen, d. h. daß sie in den einzelnen Gruppen in jeweils unterschiedlicher Häufigkeit anzutreffen sind. Wenn sich auch unsere Hypothesen und die entsprechenden statistischen Berechnungen allgemein auf das Vorhandensein von Gruppenunterschieden beziehen, so wird doch implizit angenommen, daß sich vor allem die Nicht-Frohen von den Frohen in Richtung vermehrter Belastungen unterscheiden. Eine differenziertere Stellungnahme erfolgt bei der Diskussion der Ergebnisse.

### 4.5.1. NEGATIVE KINDHEITSEINFLÜSSE

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich negativer Kindheitseinflüsse.

Unter "negativen Kindheitseinflüssen" verstehen wir Faktoren wie "Uneheliche Geburt", "Nicht bei den Eltern aufgewachsen", "Unerwünschtes Kind", "Mangelndes Interesse der Mutter" u.ä..

### 4.5.2. AKTUELLE PROBLEME

#### 4.5.2.1. SCHLECHTE ÄUSSERE LEBENSBEDINGUNGEN

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich schlechter äußerer Lebensbedingungen.

Unter schlechten äußeren Lebensbedingungen verstehen wir Faktoren wie:

- Schlechte finanzielle Verhältnisse
- Arbeitslosigkeit
- Keine geeignete Wohnmöglichkeit u. ä..

### 4.5.2.2. INTRAPSYCHISCHE PROBLEME UND DAMIT ZUSAMMENHÄNGENDE STÖRUNGEN

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich intrapsychischer Probleme und damit zusammenhängender Störungen.

Wir verstehen darunter Faktoren wie:
- Psychotische Erkrankung
- Insuffizienzgefühle
- Depressive Verstimmungen
- Schlafstörungen
- Medikamenten- und Drogenabusus

ZUSATZHYPOTHESE
Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich vorangegangener psychotherapeutischer Behandlung.

### 4.5.3. HÄUFUNG VON PROBLEMEN

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufung von Problemen.

### 4.5.4. SELBSTMORDANLASS UND SELBSTMORDMOTIV

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Selbstmordanlasses und des Selbstmordmotivs.

4.5.4.1. Unter Selbstmordanlaß verstehen wir die zum Selbstmord führenden Konflikte, wie z. B.
- Partnerkonflikt
- Arbeitslosigkeit u. ä..

4.5.4.2. Unter Selbstmordmotiv verstehen wir das dem Selbstmord zugrunde liegende Motiv wie:
- Flucht
- Appell
- Aggression
- Autoaggression

### 4.5.5. MITMENSCHLICHE BINDUNGEN UND FREIZEIT

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich mitmenschlicher Bindungen und Freizeitgestaltung.

### 4.5.6. KRITERIEN HINSICHTLICH DER EINSTELLUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH UND SEINER DURCHFÜHRUNG

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Einstellung zum Selbstmordversuch und hinsichtlich seiner Durchführung.

### 4.5.7. ALTER

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Lebensalters.

### 4.5.8. EINSTELLUNG ZUM INTERVIEW

Wir erwarten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Einstellung zum Interview.

## 4.6. ERGEBNIS DER HYPOTHESENPRÜFUNG

Die Überprüfung erfolgte - soweit nichts anderes angegeben - mit dem Chi-Quadrat-Test über alle Gruppen.
Die in den Tabellen angegebenen Zahlen sind Prozentzahlen.
Die statistischen Berechnungen erfolgten jedoch auf der Grundlage der absoluten Zahlen.

In der jeweils auf die tabellarische Aufstellung folgenden Diskussion werden wir uns - aus Gründen der Vereinfachung - vor allem auf den Unterschied zwischen der Gruppe der Frohen und der Nicht-Frohen beziehen.
Die für die Gruppe "Froh mit Einschränkung" geltenden Zahlen sind den tabellarischen Aufstellungen zu entnehmen. Mit Ausnahme von einigen Abweichungen nimmt die Gruppe "Froh mit Einschränkung" hinsichtlich der Ausprägung der relevanten Merkmale deutlich eine Mittelstellung zwischen den beiden Extremgruppen ein.

### 4.6.1. NEGATIVE KINDHEITSEINFLÜSSE

#### 4.6.1.1. "HARTE DATEN"

N i c h t  signifikant

Kein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich hinsichtlich der folgenden Kriterien:
(zur allgemeinen Orientierung zur suizidalen Problematik geben wir Prozentzahlen an, die für die Gesamtgruppe der von uns untersuchten Suizidanten gelten)

GEBURT
(Ehelich geboren 80 %
Unehelich geboren 17 %
Unklar 3 %)

TRENNUNG VON EINEM ELTERNTEIL DURCH TOD ODER SCHEIDUNG (N = 84)
(17,86 % erlitten eine Trennung vor dem 7. Lebensjahr,
7,14 % zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr)

AUFGEWACHSEN BEI DEN ELTERN
(nur 56 % wuchsen bei beiden Elternteilen auf)

STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE

| | |
|---|---|
| (Einzelkinder | 25 % |
| Älteste | 28 % |
| Mittlere | 27 % |
| Jüngste | 20 %) |

WIRTSCHAFTLICHE SITUATION IN DER KINDHEIT (N = 97)

| | |
|---|---|
| (Sehr gut | 9 % |
| Zufriedenstellend | 65 % |
| Schlecht | 21 % |
| Wechselnd | 5 %) |

## 4.6.1.2. "PSYCHISCHE SITUATION"

N i c h t  signifikant

Kein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich zwischen den Gruppen hinsichtlich der psychischen Belastung in der Kindheit, soweit sie durch die folgenden Variablen erfaßt wurde.

ERWÜNSCHTES KIND (N = 99)

| | |
|---|---|
| (Ja | 50,51 % |
| Unklar | 16,16 % |
| Nein | 33,33 %) |

ALS KIND VON VATER ODER MUTTER ABGELEHNT (N = 98)

| | |
|---|---|
| (Nein | 64,29 % |
| Unklar | 3,06 % |
| Ja | 32,65 %) |

MUTTER DURCH BERUFSTÄTIGKEIT ODER HÄUSLICHE ARBEIT ÜBERFORDERT (N = 98)

(Ja 51,02 %)

HÄUFIGER STREIT DER ELTERN (N = 99)

(Ja 42,42 %)

PATIENT WAR AUFFALLEND "BRAVES" KIND (N = 97)

(Ja 37,11 %)

PATIENT WURDE VON DER MUTTER ALS EIGENSTÄNDIGES WESEN AKZEPTIERT (N = 91)

(Ja 34,07 %)

NEUROTISCHE SYMPTOME IN DER KINDHEIT (N = 93)

(Keine 53,76 %)

PSYCHISCHE STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE (N = 95)

(Alle gleich 22,11 %

Patient war Lieblingskind e. E. 23,16 %

Geschw. war Lieblingskind 24,21 %)

MUTTER ZEIGTE INTERESSE, WENN DAS KIND ETWAS ERZÄHLTE

(Ja 48 %)

Bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh und Nicht-Froh trennt die letzte Variable signifikant auf dem 5 %-Niveau ($p = 0.05$).

Eine einzige Variable trennte die Gruppen signifikant:

S i g n i f i k a n t

Tabelle 14

Patient mußte in der Kindheit etwas leisten, um geliebt zu werden (N = 97)

| | Ja | Nein | Total % |
|---|---|---|---|
| Froh | 34,55 | 65,45 | 100,00 |
| Froh m.E. | 52,17 | 47,83 | 100,00 |
| Nicht-Froh | 68,42 | 31,58 | 100,00 |
| Total | 45,36 | 54,64 | 100,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied auf dem 5 %-Niveau. Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh statistisch signifikant auf dem 1 %-Niveau.

Anmerkung: Die Prozentsumme ergänzt sich in dieser wie in den folgenden Tabellen stets in den Zeilen (nicht in den Spalten) auf 100 %, so daß sich in den Spalten Zahlen ergeben, die von 100 nach oben oder unten abweichen.

N i c h t signifikant

Tabelle 15

Zusammenfassende Beurteilung der Belastungen in der Kindheit

| | I | II | III | IV |
|---|---|---|---|---|
| Froh | 26,32 | 19,30 | 12,28 | 42,11 |
| Froh m.E. | 12,50 | 37,50 | 0,00 | 50,00 |
| Nicht-Froh | 15,79 | 26,32 | 5,26 | 52,63 |
| Total | 21,00 | 25,00 | 8,00 | 46,00 |

$p > 0.05$

Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Die Kindheit wurde von uns nach einem bestimmten Belastungsschlüssel - mit Hilfe eines unbeteiligten Außenstehenden, mit dem weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Einstufung erzielt werden konnte - eingeteilt in die Kategorien:

I. "UNAUFFÄLLIG"
Eine positiv erlebte Kindheit mit keinen oder unbedeutenden psychischen Belastungspunkten.

II. "PSYCHISCH BELASTET"
Mehrere bedeutende psychische Belastungspunkte bzw. entsprechende Kommentare des Patienten.

III."SEHR BELASTET MIT AUSGLEICH"
Schwere Belastungen wie uneheliche Geburt, Alkoholismus der Eltern u. ä..
Ausgleichend wirkten wichtige, positive Bezugspersonen wie Großeltern usw..

IV. Die unter III. aufgeführten Belastungen ohne die Existenz einer als besonders positiv erlebten Bezugsperson.

DISKUSSION
Die Gruppen Froh, Froh m. E. und Nicht-Froh unterscheiden sich nicht hinsichtlich der in der Kindheit erlittenen Belastungen.

Weder die sogenannten "harten Daten", wie uneheliche Geburt, Trennung von einem Elternteil durch Tod oder Scheidung, noch einzelne Variablen, die psychische Belastungen in der Kindheit darstellen, noch eine zusammenfassende Beurteilung der jeweiligen Kindheitssituation ergaben statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.
Die von uns bezüglich der Belastungen in der Kindheit gefundenen Gesamtzahlen (wie z. B. nur 56 % der Suizidanten wuchsen bei beiden Elternteilen auf) entsprechen allerdings durchaus den in unserer Arbeit referierten Ergebnissen zum "broken Home". (Vgl. Tabelle 7)

In der Literatur wird der Zusammenhang zwischen desolater Kindheit und der Disposition zum Selbstmord betont. Nur 21 % unserer Suizidanten hatten eine Kindheit, die frei von schweren äußeren oder inneren Belastungen war. In diesem Sinne reproduzieren unsere Befunde die aus der Literatur zitierten Ergebnisse.
Einer wertenden Einordnung der von uns gefundenen Zahlen müssen wir uns allerdings enthalten, da uns keine Kontrollgruppe vorliegt.
Ziel unserer Arbeit ist nicht der Vergleich der Suizidanten mit der Normalpopulation, sondern ein Vergleich zwischen den Suizidanten, die ihre Rettung begrüßten und solchen, die die Tatsache ihres Überlebens bedauerten bzw. ihr ambivalent gegenüberstehen.
Im allgemeinen gesehen scheint also zwar die Disposition zur suizidalen Handlung - wenn man den Ergebnissen der Literatur glauben darf - mit besonderen Belastungen in der Kindheit in Zusammenhang zu stehen, nicht aber die Fähigkeit, froh zu sein über das Weiterleben nach einer unvollendeten Suizidhandlung.

Eine einzige Ausnahme bilden die beiden Variablen "Patient mußte in der Kindheit etwas leisten, um geliebt zu werden" und "Die Mutter zeigte Interesse, wenn das Kind etwas erzählte."

Die erstere trennt die drei Gruppen signifikant auf dem 5 % Niveau. Zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh ergab sich sogar ein statistisch signifikanter Unterschied auf dem 1 % Niveau.
Bei der 2. Variable fand sich nur ein statistisch signifikanter Unterschied bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh und Nicht-Froh auf dem 5 % Niveau.

Wenn wir uns fragen, warum die Variable "Ablehnung durch die Eltern" keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zeigt, während "Leisten um geliebt zu werden" (Leisten ist hier in einem sehr weiten Sinn zu verstehen) die Gruppen signifikant unterscheidet, so könnte man spekulativ

daran denken, daß die schreckliche Gewißheit des Abgelehntwerdens vielleicht weniger verunsichernd wirkt als die Möglichkeit des "Doch-noch-Geliebtwerdens". Man spürt, daß man zwar nie um seiner selbst willen geliebt wird, aber immerhin dann Zuwendung erreicht, wenn man etwas leistet, wenn man die Wünsche der anderen erfüllt. Die Bemühungen, die Liebe doch noch zu erhalten, werden so immer verzweifelter.

Der Wechsel zwischen Angenommenwerden und Abgelehntwerden kann härter treffen und eine größere Abhängigkeit schaffen als die eindeutige Ablehnung.

Wir bringen hierzu 2 Beispiele aus der experimentellen Literatur (beide zitiert nach Müller 1973):

Hartup teilte Kindergartenkinder in 2 Gruppen, von denen die eine Gruppe beständige Zuwendung erhielt, während die andere Gruppe nach einer Zeit intensiver Zuwendung einen abrupten Entzug der Aufmerksamkeit erlitt. Die 2. Gruppe blieb emotional abhängiger und unsicherer.

Ein ähnliches Experiment führte Fisher - allerdings mit Hunden - durch: Eine Gruppe wurde gleichbleibend freundlich behandelt, eine andere Gruppe erfuhr ein Wechselbad zwischen Zärtlichkeit und Stockschlägen. Die Hunde der 2. Gruppe zeigten sich viel anhänglicher als die der ersten Gruppe und neigten zu "hündischer Unterwürfigkeit".
Die Experimente zeigen deutlich, wie die Entwicklung zu Eigenständigkeit und Selbstsicherheit behindert werden kann.

Die Variable "Die Mutter zeigte Interesse, wenn das Kind etwas erzählte", kann ebenfalls in Zusammenhang mit dem Aufbau eines gesunden Selbstwertgefühls gesehen werden. Wenn die Mutter den Erzählungen des Kindes Interesse entgegenbringt, so wird das Kind dies als Angenommenwerden seiner Selbst erleben.
"Der Liebe und Achtung würdig zu sein, ist für den Menschen der subjektive Maßstab seines Wertes." (v. Andics 1938, S. 139)

## 4.6.2. AKTUELLE PROBLEME

### 4.6.2.1. SCHLECHTE ÄUSSERE LEBENSBEDINGUNGEN

S i g n i f i k a n t

Tabelle 16

Finanzielle Verhältnisse

| | Sehr gut | zufrieden-stellend | Schlecht |
|---|---|---|---|
| Froh | 8,77 | 75,44 | 15,79 |
| Froh m.E. | 12,50 | 37,50 | 50,00 |
| Nicht-Froh | 0,00 | 47,37 | 52,63 |
| Total | 8,00 | 61,00 | 31,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

Kein signifikanter Unterschied bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh m. E. und Nicht-Froh.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 17

Arbeitslosigkeit

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 5,26 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 12,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

Kein signifikanter Unterschied bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh m. E. und Nicht-Froh

S i g n i f i k a n t

Tabelle 18

Wohnverhältnisse

| | Zufrieden-stellend | Sehr be-lastend | Ohne feste Unterkunft |
|---|---|---|---|
| Froh | 92,98 | 7,02 | 0,00 |
| Froh m.E. | 91,67 | 0,00 | 8,33 |
| Nicht-Froh | 68,42 | 21,05 | 10,53 |
| Total | 88,00 | 8,00 | 4,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 19

Strafrechtliche bzw. berufsdisziplinäre Sanktionen

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 3,51 |
| Froh m.E. | 16,67 |
| Nicht-Froh | 0,00 |
| Total | 6,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Bei Gegenüberstellung der Einzelgruppen besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m. E..

N i c h t  signifikant  Tabelle 20

Schwere gesundheitliche Probleme

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 8,77 |
| Froh m.E. | 0,00 |
| Nicht-Froh | 15,79 |
| Total | 8,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Statistisch signifikanter Unterschied bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh m. E. und Nicht-Froh auf dem 5 % Niveau.

N i c h t  signifikant  Tabelle 21

Tod eines Nahestehenden

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 5,26 |
| Froh m.E. | 4,17 |
| Nicht-Froh | 15,79 |
| Total | 7,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 22
Berufliche Belastungen

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 36,84 |
| Froh m.E. | 50,00 |
| Nicht-Froh | 68,42 |
| Total | 46,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

N i c h t signifikant

Tabelle 23
Probleme in der Bundeswehr

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 10,53 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 0,00 |
| Total | 9,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

DISKUSSION

Wenn auch nach der bisherigen Selbstmordforschung eine ungünstige Kindheit für die spätere Neigung zum Selbstmord prädisponiert, so erfolgt doch die eigentliche Auslösung der suizidalen Handlung stets durch eine äußere oder intrapsychische Belastung der Gegenwart.

Besonders abhängig von der aktuellen Situation ist verständlicherweise die Einstellung, die der Suizidant zur Tatsache seines Überlebens nach einer unvollendeten Suizidhandlung hat.

Wir stellten fest, daß sich die Gruppen Froh, Froh mit Einschränkung und Nicht-Froh vor allem hinsichtlich der folgenden Variablen signifikant unterscheiden:

- Berufliche Belastungen
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Arbeitslosigkeit
- Wohnverhältnisse

Um eine Signifikanzprüfung zu ermöglichen und eine Aufsplitterung der Zahlen zu vermeiden, haben wir unter "beruflichen Belastungen" Faktoren zusammengefaßt, die in ihrer Belastungsdimension sicher nicht als gleichwertig anzusehen sind, die sich aber dennoch deutlich vom Kriterium "keine beruflichen Belastungen" unterscheiden.
Unter "beruflichen Belastungen" verstanden wir "besonderen Streß im Beruf", "Angst vor Berufsversagen", einen "ungeliebten Beruf" oder "keine Berufsausbildung" (soweit dies als Belastung empfunden wurde).
Unter "besonderem Streß im Beruf" litten 14 % der Frohen, 26 % der Nicht-Frohen. Keinen Beruf hatten 4 % der Frohen und 16 % der Nicht-Frohen.
Hinsichtlich der Variablen "ungeliebter Beruf" und "Angst vor Berufsversagen" waren die Unterschiede weniger deutlich.

Die finanziellen Verhältnisse sind bei nur 15 % der Frohen, aber bei ca. 50 % der beiden anderen Gruppen als schlecht zu bezeichnen.
Nur 5 % der Frohen, aber 32 % der Nicht-Frohen sind arbeitslos.
Ohne feste Unterkunft ist keiner (!) der Frohen, aber es sind immerhin 11 % der Nicht-Frohen, die weder eine eigene Wohnung noch ein gemietetes Zimmer haben.

Das heißt, daß die äußeren Umstände, die den Suizidanten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wieder erwarten, bei der Gruppe der Nicht-Frohen signifikant häufiger sehr belastend sind.

Gerade aber die von uns erwähnten Problembereiche sind oft nicht leicht veränderbar.
Es ist verständlich, daß die genannten Belastungsbereiche in einer Leistungsgesellschaft, in der dem "Haben" ein höherer Stellenwert als dem "Sein" (Fromm 1979) zukommt, besonders negative Auswirkungen auf das Selbstwerterleben haben müssen.

Wenn wir uns nun fragen, warum die Lebensbedingungen der Nicht-Frohen so besonders desolat sind, so stoßen wir wiederum auf psychische Faktoren, durch die die Versagenssituation und der damit verbundene soziale Abstieg konstelliert wurde. (Wir müssen von dieser Argumentation natürlich die durch die Eltern bedingten schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse unserer Jugendlichen ausnehmen.)

In diesem Sinne wäre es folgerichtig, daß die Nicht-Frohen auch stärker unter psychischen Problemen zu leiden haben als die Frohen.
Wir sind uns dessen bewußt, daß dieser Schluß insofern widerlegbar scheinen mag, da eben auch die ungünstigen äußeren Verhältnisse vermehrt zu psychischen Problemen Anlaß geben. Wir werden die befriedigendste Erklärung wahrscheinlich in einer Wechselwirkung zwischen inneren und äußeren Faktoren sehen müssen.
Eine ungünstige Kindheitssituation führt zu einer mangelnden psychischen Stabilität, wodurch der Lebenskampf schlechter bewältigt wird. Die daraus entstehende schlechte äußere Situation wird dann aufgrund der geringeren psychischen Belastungsfähigkeit wiederum als besonders entmutigend erlebt.
(Vgl. z. B. Fall Elisabeth T)

Von strafrechtlichen bzw. berufsdisziplinären Sanktionen (Tabelle 19) war vor allem die Gruppe der Frohen m.E. betroffen (17 %). Keiner der Nicht-Frohen und nur 4 % der Frohen hatten Belastungen in dieser Hinsicht zu erwarten.

7 % der Patienten haben in der Zeit vor dem Selbstmordversuch einen nahestehenden Menschen durch Tod verloren. (Tabelle 21) Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, der Zahlenvergleich zeigt aber, daß nur 5 % der Frohen, aber 16 % der Nicht-Frohen einen Trauerfall vor dem Selbstmordversuch hatten.

Schwere gesundheitliche Probleme fanden sich insgesamt nur bei 8 % der Patienten. Es handelte sich daher meist um einen altersbedingten körperlichen Abbau. Es gab in unserer Stichprobe bis auf eine Patientin, die wie bereits erwähnt, nicht in unsere Stichprobe aufgenommen worden war, keinen Fall einer unheilbaren Erkrankung wie z. B. maligne Tumore.

Ist eine schwere körperliche Erkrankung der Anlaß zu einer suizidalen Handlung, so kommt es häufiger zu einer Vollendung des Selbstmords. (Vgl. Statistik 1.1.)

## 4.6.2.2. INTRAPSYCHISCHE PROBLEME UND DAMIT ZUSAMMENHÄNGENDE STÖRUNGEN

N i c h t  signifikant

Tabelle 24

Psychotische Erkrankung

| | keine | Verdacht auf Psychose | Psychose |
|---|---|---|---|
| Froh | 70,18 | 8,77 | 21,05 |
| Froh m.E. | 75,00 | 8,33 | 16,67 |
| Nicht-Froh | 89,47 | 5,26 | 5,26 |
| Total | 75,00 | 8,00 | 17,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t
ohne Psychotiker

Tabelle 25

Große intrapsychische Probleme

(N = 75)

Ohne Psychotiker

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 25,00 |
| Froh m.E. | 50,00 |
| Nicht-Froh | 70,59 |
| Total | 41,33 |

$p \leq 0.01$

Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (auf dem 1 % Niveau) ergibt sich nur bei Ausschluß der Psychotiker.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 26
Depressive Verstimmungen (N = 99)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 57,14 |
| Froh m.E. | 75,00 |
| Nicht-Froh | 89,47 |
| Total | 67,68 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Ohne Psychotiker statistisch signifikanter Unterschied auf dem 1 % Niveau.

Kein statistisch signifikanter Unterschied bei einer Gegenüberstellung der Gruppen Froh m.E. und Nicht-Froh

S i g n i f i k a n t

Tabelle 27
Minderwertigkeitsgefühle (N = 98)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 47,27 |
| Froh m.E. | 70,83 |
| Nicht-Froh | 78,95 |
| Total | 59,18 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Ein statistisch signifikanter Unterschied auf dem 1 % Niveau ergibt sich bei Ausschluß der Psychotiker.
Kein statistisch signifikanter Unterschied bei Gegenüberstellung der Gruppen Froh m.E. und Nicht-Froh.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 28
"Mag sich selbst"

| | Häufiger Ja | Unklar | Häufiger nein |
|---|---|---|---|
| Froh | 56,14 | 22,81 | 21,05 |
| Froh m.E. | 41,67 | 29,17 | 29,17 |
| Nicht-Froh | 15,79 | 36,84 | 47,37 |
| Total | 45,00 | 27,00 | 28,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Bei Gegenüberstellung der Einzelgruppen ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied nur zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh. (Auf dem 1 % Niveau)

S i g n i f i k a n t

Tabelle 29
Leiden unter Partnerlosigkeit

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 10,53 |
| Froh m.E. | 33,33 |
| Nicht-Froh | 15,79 |
| Total | 17,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei einer Gegenüberstellung der Einzelgruppen ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied nur zwischen den Gruppen Froh und Froh m.E..

S i g n i f i k a n t
ohne Psychotiker

Tabelle 30
"Nicht Nein sagen können" (N = 75)

| | Neinsagen fällt schwer | | |
|---|---|---|---|
| | Garnicht | Mittel | Sehr |
| Froh | 32,50 | 25,00 | 42,50 |
| Froh m.E. | 11,11 | 27,78 | 61,11 |
| Nicht-Froh | 11,76 | 5,88 | 82,35 |
| Total | 22,67 | 21,33 | 56,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Einzelgruppen statistisch signifikanter Unterschied nur zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh.

N i c h t signifikant

Kein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich hinsichtlich der folgenden Variablen:

Der Patient leidet häufig unter dem Gefühl der Einsamkeit. (Insgesamt: 50 %; N = 96)

Der Patient muß häufig daran denken, was die anderen sagen werden, ehe er etwas tut. (Insgesamt: 50,52 %; N = 97)

Der Patient versucht sich meist den anderen anzupassen, damit er akzeptiert wird. (Insgesamt: 65,66 %; N = 99)

Dem Patienten gehen Kränkungen auch von Leuten sehr nahe, die weniger wichtig für ihn sind. (Insgesamt: 70 %)

Der Patient schluckt den Ärger meist um des lieben Friedens willen hinunter. (Insgesamt: 65,66 %; N = 99)

Der Patient kann sich wehren, wenn andere ihm zu viel Arbeit aufbürden. (Sehr gut: 28,57 %; Mittel: 29,59 %; Gar nicht: 41,84 %; N = 98)

S i g n i f i k a n t

Tabelle 31
Schlafstörungen (N = 99)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 48,21 |
| Froh m.E. | 62,50 |
| Nicht-Froh | 84,21 |
| Total | 58,59 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Statistisch signifikanter Unterschied auf dem 1 % Niveau bei Ausschluß der Psychotiker.
Bei Gegenüberstellung der Einzelgruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh. (auf dem 1 % Niveau)

S i g n i f i k a n t

Tabelle 32
Medikamenten- oder Drogenabusus

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 7,02 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 13,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Bei Gegenüberstellung der Einzelgruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh (auf dem 1 % Niveau).

N i c h t  signifikant

Tabelle 33

Alkoholabusus

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 24,56 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 42,11 |
| Total | 25,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.
Bei der Gegenüberstellung der Gruppen Froh m.E. und Nicht-Froh statistisch signifikanter Unterschied auf dem 5 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 34

Wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 23,21 |
| Froh m.E. | 50,00 |
| Nicht-Froh | 73,68 |
| Total | 39,39 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.
Kein statistisch signifikanter Unterschied bei der Gegenüberstellung der Gruppen Froh m.E. und Nicht-Froh.

DISKUSSION

Hinsichtlich psychotischer Erkrankung ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.
Bei einem Zahlenvergleich finden sich bei den Nicht-Frohen deutlich weniger Psychotiker (5 %) als bei den Frohen (21 %).

Es zeigte sich jedoch, daß die psychotische Erkrankung bei der Untersuchung mancher Bereiche zur Moderator- bzw. Störvariable werden kann. So trennt die Variable "Große intrapsychische Probleme" die Gruppen nur dann signifikant, wenn die Psychotiker ausgeschlossen werden.
Die entsprechende Erklärung beruht darauf, daß fast alle Psychotiker gekennzeichnet sind durch psychische Probleme (ausgenommen die Maniker, denen das Problembewußtsein fehlt, die aber auch in unserer Untersuchung nicht vertreten sind), d.h. daß sowohl "frohe" als auch "nicht-frohe" Psychotiker psychische Probleme haben.
Schließen wir die Psychotiker aus, so ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied: 71 % der Nicht-Frohen gaben an, unter psychischen Problemen zu leiden, aber nur 25 % der Frohen. Unter großen intrapsychischen Problemen verstanden wir bedrückende Insuffizienzgefühle, schwere depressive Verstimmungen, diffuse Ängste, usw..

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich hinsichtlich der folgenden Variablen:

- Sich-selbst-mögen
- Minderwertigkeitsgefühle
- Nicht-Nein-Sagen-Können
- Depressive Verstimmungen
- Leiden unter Partnerlosigkeit
- Schlafstörungen
- Medikamenten- und Drogenabusus

Die Nicht-Frohen leiden nicht nur vermehrt - wie bereits festgestellt - unter äußeren, sondern auch unter intrapsychischen Schwierigkeiten.
Das "Sich selbst mögen", das heißt die Akzeptanz des eigenen Selbst wird von 56 % der Frohen, aber nur von 16 % der Nicht-Frohen bejaht.
Es ist einleuchtend, daß die Einstellung zum Leben negativ sein muß, wenn es nicht gelingt, das eigene Selbst zu bejahen.

Die mangelnde Selbstakzeptanz, das mangelnde Eigenwerterleben, das auch in der Variable "Minderwertigkeitsgefühle" deutlich zum Ausdruck kommt, hängt eng mit dem Problem des "Nicht-Nein-sagen-könnens" zusammen. Die Patienten können ihr schwaches Selbst nicht abgrenzen und dem anderen entgegensetzen, sondern müssen die Wünsche der anderen erfüllen. Dieses Zurücksetzen der eigenen Person führt aber (außer zu den bereits erwähnten Größenphantasien) in einem circulus vitiosus wieder zu vermehrter Unzufriedenheit mit sich selbst.
Die Strukturschwäche, die Henseler (1974) allgemein als typisch für den suizidalen Patienten beschreibt, scheint demnach in besonderem Maße für diejenigen Patienten gegeben zu sein, die nach einem mißglückten Selbstmordversuch die Tatsache ihres Überlebens bedauern.

Schlafstörungen und Medikamentenabhängigkeit stehen wiederum in engem Zusammenhang mit psychischen Problemen.

Unsere Zusatzhypothese lautete dahingehend, daß die Nicht-Frohen vor ihrem Selbstmordversuch häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen waren.
Dies soll nicht zu dem Schluß verleiten, daß psychotherapeutische Bemühungen bei psychischen Problemen erfolglos seien, sondern darauf hinweisen, daß die Nicht-Frohen vermehrt und seit längerer Zeit vor ihrem Selbstmordversuch unter psychischen Problemen gelitten haben.

So gaben 74 % der Nicht-Frohen an, bereits wegen psychischer Probleme behandelt worden zu sein, aber nur 23 % der Frohen.

Es wurde festgestellt, ob bereits eine Behandlung wegen psychischer Probleme erfolgt sei. Eine Differenzierung in medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsarten erfolgte nicht.

## 4.6.3. HÄUFUNG VON PROBLEMEN

### 4.6.3.1. BELASTUNGEN IN NUR EINEM LEBENSBEREICH

S i g n i f i k a n t

Tabelle 35
Nur 1 Konfliktbereich vorhanden

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 22,80 |
| Froh m.E. | 4,16 |
| Nicht-Froh | 5,26 |

$p \leq 0.05$

Die suizidalen Konflikte beschränken sich bei den Frohen signifikant häufiger auf einen einzigen Lebensbereich als bei den Nicht-Frohen.

## 4.6.3.2. HÄUFUNG VON PROBLEMBEREICHEN

S i g n i f i k a n t

Tabelle 36

Finanzielle Schwierigkeiten
u n d intrapsychische Probleme

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 8,77 |
| Froh m.E. | 29,17 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 18,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 37

Finanzielle Schwierigkeiten
u n d Arbeitslosigkeit

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 1,75 |
| Froh m.E. | 4,17 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 8,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 38

Finanzielle Schwierigkeiten
u n d berufliche Belastungen
ü n d intrapsychische Schwierigkeiten

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 5,26 |
| Froh m.E. | 16,67 |
| Nicht-Froh | 26,32 |
| Total | 12,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 39

Finanzielle Schwierigkeiten
u n d Partnerkonflikte

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 5,26 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 26,32 |
| Total | 11,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 40

Finanzielle Schwierigkeiten
u n d Partnerkonflikte
u n d berufliche Belastungen

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 1,75 |
| Froh m.E. | 0,00 |
| Nicht-Froh | 15,79 |
| Total | 4,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

## 4.6.3.3. BELASTUNGEN OHNE DIE STÜTZE EINER DAUERHAFTEN PARTNERSCHAFT

S i g n i f i k a n t

Tabelle 41

Intrapsychische Probleme und keine dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 19,30 |
| Froh m.E. | 50,00 |
| Nicht-Froh | 57,89 |
| Total | 34,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 42

Berufliche Belastungen und keine dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 17,54 |
| Froh m.E. | 41,67 |
| Nicht-Froh | 52,63 |
| Total | 30,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 43

Arbeitslosigkeit und keine dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 1,75 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 10,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 44

Berufliche Belastungen und intrapsychische Probleme und keine dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 8,77 |
| Froh m.E. | 33,33 |
| Nicht-Froh | 42,11 |
| Total | 21,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 45

Berufliche Belastungen
und finanzielle Schwierigkeiten
und intrapsychische Probleme
und keine dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 5,26 |
| Froh m.E. | 12,50 |
| Nicht-Froh | 26,32 |
| Total | 11,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

DISKUSSION

Bei der Gruppe der Frohen findet sich signifikant häufiger ein einziger (sehr oft ein Partner-)Konflikt, der Anlaß zur suizidalen Handlung wurde, während andere Lebensbereiche vom Suizidanten als durchaus zufriedenstellend beurteilt werden. (Vgl. 4.7. Falldarstellungen) Die Situation des Suizidanten, der seine Rettung bedauert, ist dagegen vor allem dadurch gekennzeichnet, daß Belastungen in mehreren Lebensbereichen g l e i c h z e i t i g auftreten und außerdem häufig eine dauerhafte und verläßliche Partnerbeziehung fehlt. Wir finden also bei den Nichtfrohen vermehrt eine H ä u f u n g von Problemen, d. h. eine Addition von äußeren und intrapsychischen Schwierigkeiten.

So haben 32 % der Nicht-Frohen finanzielle u n d intrapsychische Schwierigkeiten. (Frohe: 9 %)

Bei 32 % der Nicht-Frohen stehen finanzielle Schwierigkeiten in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit. (Frohe: 2 %)

Unter finanziellen Schwierigkeiten, beruflichen Belastungen und intrapsychischen Problemen leiden 26 % der Nicht-Frohen. (Frohe: 5 %)

Partnerkonflikte sind bei den Frohen ebenso wie bei den Nicht-Frohen der häufigste Anlaß zur suizidalen Handlung. Partnerkonflikte finden sich auch bei beiden Gruppen in annähernd gleicher Häufigkeit.

Bei den Nicht-Frohen sind aber neben den Partnerkonflikten häufiger noch zusätzliche Belastungen vorhanden.
So haben 26 % der Nicht-Frohen Partnerkonflikte u n d finanzielle Schwierigkeiten, aber nur 5 % der Frohen leiden gleichzeitig unter beiden Problembereichen.

16 % der Nicht-Frohen haben außer Partnerkonflikten u n d finanziellen Schwierigkeiten noch berufliche Belastungen. (Frohe: 2 %)

Belastungen sind leichter zu bewältigen, wenn eine kontinuierliche Partnerbeziehung vorhanden ist, die emotionale Stütze und narzißtische Zufuhr bietet. (Vgl. "social support" bei Henry and Stephens 1977)
Wenn auch konfliktfreie Partnerbeziehungen bei allen Suizidanten sehr selten sind (insgesamt werden nur 14 % als relativ konfliktfrei geschildert), so finden sich doch bei den Frohen signifikant häufiger Partnerbeziehungen, deren Weiterbestehen - trotz aller vorhandenen Konflikte - als gesichert angenommen wird.
Das bedeutet, daß die Nicht-Frohen häufiger mit ihren Problemen auf sich allein gestellt sind.

So haben 58 % der Nicht-Frohen keine dauerhafte Partnerbeziehung und leiden gleichzeitig unter belastenden intrapsychischen Problemen. (Frohe: 19 %)

Es muß hier die Frage ungeklärt bleiben, inwieweit hier die intrapsychischen Probleme wie z. B. schwere Insuffizienzgefühle oder Kontaktängste Ursache für die Partnerlosigkeit sind und inwieweit wiederum die Partnerlosigkeit die intrapsychischen Probleme verstärkt.

Freud nennt als Kriterien für die psychisch gesunde Persönlichkeit die Fähigkeit, zu lieben und zu arbeiten. Diese beiden Bereiche liefern - sofern sie intakt sind - dem Selbstwertgefühl die nötige narzißtische Zufuhr. Ist einer der beiden Bereiche gestört, so erfährt der andere oft eine kompensatorische Übergewichtung.
Eine besondere Belastung entsteht aber dann, wenn b e i d e Bereiche als Quelle narzißtischer Zufuhr versagen, d.h. wenn beide Bereiche nicht mehr als befriedigend erlebt werden können.

So haben 53 % der Nicht-Frohen (Frohe: 18 %) keinen dauerhaften Partner und gleichzeitig berufliche Belastungen.

Ohne feste Partnerbeziehung und arbeitslos sind 32 % der Nicht-Frohen. (Frohe: 2 %)

Keine dauerhafte Partnerbeziehung und finanzielle Schwierigkeiten haben 47 % der Nicht-Frohen. (Frohe: 11 %)

Bei 42 % der Nicht-Frohen kommen zur Partnerlosigkeit berufliche Belastungen und intrapsychische Probleme. (Frohe: 9 %)

Bei 26 % der Nicht-Frohen ist die Partnerlosigkeit mit finanziellen Schwierigkeiten, beruflichen Belastungen und intrapsychischen Problemen verbunden. (Frohe: 5 %)

Aus diesen Zahlenvergleichen wird deutlich, daß die Nicht-Frohen signifikant häufiger einer Summierung von Belastungen ausgesetzt sind und diese vermehrten Belastungen auch häufiger ohne die Stützung durch eine dauerhafte Partnerbeziehung bewältigen müssen.

## 4.6.4. SELBSTMORDANLASS UND SELBSTMORDMOTIV

### 4.6.4.1. ANLASS ZUR SUIZIDALEN HANDLUNG

Wenn wir in der folgenden Darstellung die in der Selbstmordstatistik übliche Reduzierung multipler Motive auf ein Hauptmotiv übernehmen, so ist uns bewußt, daß dies der Komplexität der suizidalen Problematik im Grunde nicht gerecht werden kann.

Es handelt sich hier lediglich um das Aufzeigen eines v o r h e r r s c h e n d e n Konflikts, der aber oft erst durch eine zusätzliche - in dieser Statistik nicht erscheinende - Problemsituation zum Anlaß für die Suizidhandlung wurde.

Eine statistische Signifikanzprüfung erschien wegen der durch die Aufsplitterung der Fälle zu gering gewordenen Zahlen nicht mehr sinnvoll.

Tabelle 46 Anlaß für den Selbstmordversuch

| | Froh | | Froh m. E. | | Nicht-Froh | | Insgesamt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Partnerkonflikt | 23 | 40,35 | 4 | 16,66 | 6 | 31,57 | 33 |
| Psychotische Erkrankungen | 10 | 17,54 | 4 | 16,66 | 1 | 5,26 | 15 |
| Berufsprobleme | 5 | 8,76 | - | - | - | - | 5 |
| Intrapsych. Probleme | 6 | 10,53 | 5 | 20,83 | 5 | 26,31 | 16 |
| Arbeitslosigkeit | - | - | 1 | 4,16 | 2 | 10,53 | 3 |
| Finanzielle Probleme | - | - | 2 | 8,33 | 2 | 10,53 | 4 |
| Tod eines Nahestehenden | 1 | 1,75 | 1 | 4,16 | 1 | 5,26 | 3 |
| Strafrechtliche oder berufliche Sanktionen | - | - | 1 | 4,16 | - | - | 1 |
| Probleme in der Bundeswehr | 3 | 5,26 | 2 | 8,33 | - | - | 5 |
| Familienkonflikt | 8 | 14,03 | 3 | 12,5 | 1 | 5,26 | 12 |
| Alkoholismus | - | - | 1 | 4,16 | 1 | 5,26 | 2 |
| Unklar | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Total | 57 | | 24 | | 19 | | 100 |

Tabelle 47 Wichtigster Selbstmordanlaß in der Reihenfolge der Häufigkeit

| Froh | Froh m.E. | Nicht-Froh |
|---|---|---|
| 1. Partnerkonflikte | 1. Intrapsych. Probleme | 1. Partnerkonflikte |
| 2. Psychotische Erkrankung | 2. Partnerkonflikte | 2. Intrapsych. Probleme |
| 3. Familienkonflikte | 3. Psychotische Erkrankung | 3. Finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit |

Wie aus der vorliegenden Tabelle zu ersehen ist, sind Partnerkonflikte sowohl bei den Frohen als auch bei den Nicht-Frohen die häufigsten Anlässe zum Selbstmordversuch. Bei den Frohen m. E. stehen sie nach den intrapsychischen Problemen an 2. Stelle.
Der auffallendste Unterschied zwischen den Gruppen zeigt sich in den "Finanziellen Problemen", die bei den Frohen in keinem der Fälle zum Selbstmordanlaß wurden, bei den Nicht-Frohen in Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit immerhin an 3. Stelle der Selbstmordursachen stehen.

Das allgemeine Vorherrschen der Partnerkonflikte als Anlaß zum Selbstmordversuch entspricht den Ergebnissen der Literatur. (Vgl. Rüegsegger 1963, Zwingmann 1965, v. Schlieffen 1969, Parnitzke 1965)

## 4.6.4.2. SELBSTMORDMOTIV

S i g n i f i k a n t

Tabelle 48

Motiv (N = 90)

| | Flucht | Appell | Aggression | Autoaggression |
|---|---|---|---|---|
| Froh | 34,69 | 51,02 | 8,16 | 6,12 |
| Froh m.E. | 68,18 | 18,18 | 13,64 | 0,00 |
| Nicht-Froh | 68,42 | 26,32 | 0,00 | 5,26 |
| Total | 50,00 | 37,78 | 7,78 | 4,44 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m. E..

N i c h t signifikant

Tabelle 49

Wut zum Zeitpunkt des Selbstmordversuchs (N = 80)

| | unklar | Keine Wut | Wut gegen sich | Wut gegen andere | Gegen sich und andere |
|---|---|---|---|---|---|
| Froh | 10,00 | 32,00 | 18,00 | 30,00 | 10,00 |
| Froh m.E. | 0,00 | 68,42 | 10,53 | 21,05 | 0,00 |
| Nicht-Froh | 9,09 | 45,45 | 18,18 | 18,18 | 9,09 |
| Total | 7,50 | 42,50 | 16,25 | 26,25 | 7,50 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

DISKUSSION

Wir erinnern daran, daß die Motivstruktur (vgl. 2.6.) derart gesehen werden muß, daß jeder Suizidhandlung grundsätzlich alle Motive: - Flucht, Appell, Aggression und Autoaggression - zugrunde liegen, daß ihr jeweiliger Anteil aber ein sehr unterschiedlicher ist.

Das Motiv des Selbstmordversuchs wurde aufgrund der Aussage des behandelnden Psychiaters sowie aufgrund des Gesprächs von der Autorin festgestellt. Ergab sich eine Diskrepanz zwischen beiden Informationen, wurde die endgültige Einstufung mit Hilfe eines unbeteiligten Außenstehenden festgelegt. Irrtumsmöglichkeiten sind vor allem dann gegeben, wenn nicht ein einziges Motiv eindeutig vorherrschend war, sondern wenn die Suizidhandlung durch zwei oder mehrere Motive determiniert schien. Es wurde dann versucht, das relativ vorherrschende Motiv zu definieren.

Das Motiv Appell ist eindeutig vorherrschend bei den Frohen, das Motiv Flucht bei den Frohen m.E. und den Nicht-Frohen.

Aggression und Autoaggression scheinen als vorherrschende Motive seltener von Bedeutung zu sein.

Das Vorherrschen des Motivs "Appell" bei den Frohen könnte dahingehend interpretiert werden, daß die Frohen noch häufiger die Hoffnung auf eine die Situation verändernde Hilfestellung haben. Der Suizidversuch ist kommunikativ an die Umwelt, oft an die entscheidende Bezugsperson gerichtet.

Wir betonen in diesem Zusammenhang nochmals, daß die Appelltendenz der Suizidhandlung dem Suizidanten nicht bewußt sein muß. Wird die Appellwirkung des Selbstmordversuchs bewußt in Erwägung gezogen, so kann der Selbstmordversuch eine ausgesprochen manipulative Funktion erhalten.

Beim Motiv "Flucht" stehen Resignation und der Wunsch nach Ruhe im Vordergrund, was von den Patienten mit den Worten

ausgedrückt wird: "Einfach Ruhe haben, die Quälereien weghaben." (Fall 48 a)
"Weil ich meine Ruhe haben wollte, Ruhe vor dem Leben." (Fall 31)
"Um die Probleme mit einem Schlag loszuwerden. Nichts mehr hören, schlafen." (Fall 55 a)
Der Patient flieht aus dem Konflikt ohne jede Hoffnung darauf, daß dieser von ihm oder durch das Eingreifen anderer gelöst werden könnte. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß 5 der Suizidanten vor ihrem Selbstmordversuch bereits realiter eine Flucht vollzogen hatten, d. h. weggelaufen waren, bzw. ein Weglaufen anstatt des Selbstmordversuchs in Erwägung gezogen hatten. Es handelt sich bei allen 5 Suizidanten um Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren. Es wurde jedoch nur bei einer Patientin dieser Gruppe das Selbstmordmotiv als "Flucht" definiert.

Bei den relativ seltenen Fällen, bei denen das Motiv Aggression im Vordergrund stand, fanden sich Phantasien von "Eltern, die am Grabe trauern" (Fall 51 a) und Formulierungen wie "Jetzt zeig' ich's meinen Eltern". (Fall 23 a)
Wenn Aggression und Autoaggression auch selten zum vorherrschenden Motiv für eine Suizidhandlung werden, so darf die von der psychoanalytischen Theorie postulierte Dynamik der aggressiven Impulse doch nicht unterschätzt werden.
So gaben 50 % der Suizidanten (vgl. Tabelle 49) an, zum Zeitpunkt des Selbstmordversuchs Wut gegen sich, gegen andere oder gegen sich und andere empfunden zu haben.
Rund 47 % der Suizidanten sagten, daß ihr Selbstmordversuch als eine Aggressionshandlung gegen sich selbst gesehen werden könne.

## 4.6.5. MITMENSCHLICHE BINDUNGEN UND SINNVOLLE FREIZEIT

N i c h t  signifikant

Tabelle 50
Familienstand

| | Verheiratet | Ledig | Verwitwet | Geschieden oder getrennt |
|---|---|---|---|---|
| Froh | 22,81 | 61,40 | 5,26 | 10,53 |
| Froh m.E. | 4,17 | 79,17 | 0,00 | 16,67 |
| Nicht-Froh | 15,79 | 63,16 | 0,00 | 21,05 |
| Total | 17,00 | 66,00 | 3,00 | 14,00 |

$p \leq 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 51
Kinder

| | Unter 10 Jahren | Über 10 Jahren | Keine |
|---|---|---|---|
| Froh | 8,77 | 31,58 | 59,65 |
| Froh m.E. | 8,33 | 4,17 | 87,50 |
| Nicht-Froh | 0,00 | 21,05 | 78,95 |
| Total | 7,00 | 23,00 | 70,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m. E..

S i g n i f i k a n t

Tabelle 52
Dauerhafte Partnerbeziehung

| | Ja | Nein |
|---|---|---|
| Froh | 54,39 | 45,61 |
| Froh m.E. | 29,17 | 70,83 |
| Nicht-Froh | 21,05 | 78,95 |
| Total | 42,00 | 58,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

N i c h t signifikant

Tabelle 53
Partnerkonflikte

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 49,12 |
| Froh m.E. | 33,33 |
| Nicht-Froh | 47,37 |
| Total | 45,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

N i c h t  signifikant

Tabelle 54
Familienkonflikte

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 26,32 |
| Froh m.E. | 29,17 |
| Nicht-Froh | 26,32 |
| Total | 27,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

N i c h t  signifikant

Tabelle 55
Enge Freunde vorhanden (N = 99)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 49,12 |
| Froh m.E. | 65,22 |
| Nicht-Froh | 31,58 |
| Total | 49,49 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.
Statistisch signifikanter Unterschied auf dem 5 % Niveau bei Gegenüberstellung der Gruppen Froh m.E. und Nicht-Froh.

N i c h t  signifikant

Tabelle 56

Treffen mit Freunden oder Bekannten

| | Häufig | Selten | Nie |
|---|---|---|---|
| Froh | 36,84 | 40,35 | 22,81 |
| Froh m.E. | 29,17 | 54,17 | 16,67 |
| Nicht-Froh | 21,05 | 57,89 | 21,05 |
| Total | 32,00 | 47,00 | 21,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 57

Häufige Langeweile in der Freizeit (N = 95)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 27,27 |
| Froh m.E. | 36,36 |
| Nicht-Froh | 61,11 |
| Total | 35,79 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied nur zwischen den Gruppen Froh und Nicht-Froh. (Auf dem 1 % Niveau)

DISKUSSION

Bedeutsam für die Einstellung zum Leben, d. h. für die Entscheidung (die nicht als rational abwägend, sondern als spontan gefühlsmäßig zu verstehen ist), ob es besser sei, die derzeitigen Belastungen weiter zu ertragen oder sie zugleich mit dem Leben zu beenden, ist nicht nur die Stärke der Belastungen, sondern auch ihr mögliches Gegengewicht in Form von sinnvollen und befriedigenden Lebensbezügen.
So werden beispielsweise berufliche Belastungen leichter ertragen, wenn ein Partner zur Seite steht, der die Möglichkeit zum entlastenden Gespräch und somit eine emotionale Stütze bietet. In diesem Sinn kann sogar eine an sich konfliktreiche Partnerbeziehung noch als positiv erlebt werden.

So unterscheiden sich die Gruppen der Frohen und der Nicht-Frohen zwar nicht hinsichtlich der Häufigkeit von Partnerkonflikten (49 % : 47 %), aber hinsichtlich der Anzahl der "dauerhaften Partnerbeziehungen".
Es leben 54 % der Frohen, aber nur 21 % der Nicht-Frohen in einer Partnerbeziehung, die sie als dauerhaft bezeichnen.
Die Tatsache des Überlebens wird also häufiger bejaht, wenn trotz vorhandener Partnerkonflikte mit einem Weiterbestehen der Beziehung gerechnet werden kann.
Daß das Vertrauen in die Dauerhaftigkeit einer Partnerbeziehung heute nicht mehr von ihrer amtlichen Legalisierung abhängt, zeigt sich darin, daß sich hinsichtlich des Familienstandes kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab. (Vgl. Tabelle 50)
Der Anteil der Geschiedenen bzw. getrennt Lebenden ist allerdings bei den Nicht-Frohen deutlich höher als bei den Frohen. (21 % : 11 %)
Wenn wir unsere Ergebnisse betrachten, so scheint auch die Existenz von eigenen Kindern die Bindung an das Leben zu festigen.
Von den Frohen hatten 9 % Kinder unter 10 Jahren, von den Nicht-Frohen keiner (!).
Kinder über 10 Jahre hatten 32 % der Frohen und 21 % der Nicht-Frohen.

Hinsichtlich des Vorhandenseins von Freunden und Bekannten ergab sich zwar kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, dennoch zeigen die Zahlenvergleiche, daß die Frohen mehr enge Freunde (49 % : 32 %) als die Nicht-Frohen haben und auch häufiger Bekannte treffen (37 % : 21 %) als die Nicht-Frohen.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigte sich hinsichtlich der Häufigkeit freundschaftlicher Kontakte und dem Lebensalter. Sowohl die Frohen als auch die Nicht-Frohen haben desto weniger freundschaftliche Kontakte in je höherem Lebensalter sie stehen.

**- LANGEWEILE IN DER FREIZEIT**

Wie wir bereits festgestellt haben, wird der Stellenwert der suizidalen Problematik nicht nur von der Schwere der bestehenden Konflikte, sondern auch von den vorhandenen bzw. fehlenden Befriedigungsmöglichkeiten in anderen Lebensbereichen bestimmt. So stellte Ringel (1965) in einer Untersuchung bei sehr vielen Suizidanten einen "Mangel an Werterleben" fest.

Plügge (1951) spricht von einem "Defizit an Bezügen". Er wies aufgrund einer Untersuchung an 50 Suizidanten der Langeweile, dem "Ennui" eine wichtige Rolle zu. Wir konnten feststellen, daß die Freizeit von der Gruppe der Frohen sinnvoller und befriedigender gestaltet und erlebt werden kann. So langweilten sich 61 % der Nicht-Frohen häufig in ihrer Freizeit, aber nur 27 % der Frohen.
Besteht die Fähigkeit zum sinnvollen Gestalten der Freizeit, d. h. bestehen Interessen und Befriedigungsmöglichkeiten, so können diese als positiver Ausgleich gegen die belastenden Konflikte dienen und dem Leben noch eine gewisse Anziehungskraft verleihen.

## 4.6.6. KRITERIEN HINSICHTLICH DER EINSTELLUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH UND SEINER DURCHFÜHRUNG

### 4.6.6.1. ERSTER VERSUS WIEDERHOLTER VERSUCH

S i g n i f i k a n t
ohne Psychotiker

Tabelle 58
Wiederholter Selbstmordversuch
(N = 75)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 27,50 |
| Froh m. E. | 55,56 |
| Nicht-Froh | 64,71 |
| Total | 42,67 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bei Ausschluß der Psychotiker. (Auf dem 5 % Niveau)

### 4.6.6.2. SUBJEKTIVE ENTSCHLOSSENHEIT

S i g n i f i k a n t

Tabelle 59
Ernsthaftigkeit (N = 90)

| | Versuch war | | |
|---|---|---|---|
| | Suizidale Geste | Ausgang ungewiß | Sehr ernsthaft |
| Froh | 46,00 | 32,00 | 22,00 |
| Froh m.E. | 8,70 | 43,48 | 47,83 |
| Nicht-Froh | 5,88 | 41,18 | 52,94 |
| Total | 28,89 | 36,67 | 34,44 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 60

Wollte nach eigener Aussage sterben (N = 89)

| | Nein | Unsicher | Ja |
|---|---|---|---|
| Froh | 38,46 | 19,23 | 42,31 |
| Froh m.E. | 0,00 | 14,29 | 85,71 |
| Nicht-Froh | 18,75 | 6,25 | 75,00 |
| Total | 25,84 | 15,73 | 58,43 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied auf dem 1 % Niveau zwischen den Gruppen.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m.E..

N i c h t signifikant

Tabelle 61

Patient war sicher, daß er durch das verwendete Mittel sterben würde (N = 89)

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 51,02 |
| Froh m.E. | 73,91 |
| Nicht-Froh | 70,59 |
| Total | 60,67 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t
ohne Psychotiker

Tabelle 62

Selbstmordgedanken oder Todeswünsche (N = 51)

| | Keine | Seit Tagen | Seit Wochen | Seit Monaten | Seit Jahren |
|---|---|---|---|---|---|
| Froh | 41,67 | 8,33 | 16,67 | 20,83 | 12,50 |
| Froh m.E. | 0,00 | 7,14 | 21,43 | 57,14 | 14,29 |
| Nicht-Froh | 7,69 | 15,38 | 15,38 | 23,08 | 38,46 |
| Total | 21,57 | 9,80 | 17,65 | 31,37 | 19,61 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m.E..

## 4.6.6.3. ARRANGEMENT

S i g n i f i k a n t

ohne Psychotiker

Tabelle 63

Bestimmbare auslösende Situation am Tag des Selbstmordversuchs (N = 74)

| | Ja | Unklar | Nein |
|---|---|---|---|
| Froh | 72,50 | 7,50 | 20,00 |
| Froh m.E. | 66,67 | 0,00 | 33,33 |
| Nicht-Froh | 25,00 | 6,25 | 68,75 |
| Total | 60,81 | 5,41 | 33,78 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau bei Ausschluß der Psychotiker.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 64

Bedenkzeit (N = 88)

| | Zeitabstand zwischen Entschluß und Tag | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Weniger als 1 Std. | 1 - 6 Std. | 6 - 24 Std. | Länger als 24 Std. |
| Froh | 74,00 | 16,00 | 6,00 | 4,00 |
| Froh m.E. | 54,55 | 13,64 | 31,82 | 0,00 |
| Nicht-Froh | 56,25 | 6,25 | 12,50 | 25,00 |
| Total | 65,91 | 13,64 | 13,64 | 6,82 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 65

Menschliche Nähe beim Selbstmordversuch

| | Nahestehende | Anonyme Person | Völlig allein |
|---|---|---|---|
| Froh | 63,16 | 14,04 | 22,81 |
| Froh m.E. | 37,50 | 8,33 | 54,17 |
| Nicht-Froh | 36,84 | 15,79 | 47,37 |
| Total | 52,00 | 13,00 | 35,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.
Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m.E..

N i c h t signifikant

Tabelle 66

Hinweis mit dem Effekt der Rettung

| | Unklar | Setzen von Hinweisreizen | Mitteilung von selbst | Selbstmordversuch vor anderen | Kein Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Froh | 8,77 | 8,77 | 28,07 | 7,02 | 47,37 |
| Froh m.E. | 0,00 | 16,67 | 25,00 | 0,00 | 58,33 |
| Nicht-Froh | 0,00 | 26,32 | 10,53 | 5,26 | 57,89 |
| Total | 5,00 | 14,00 | 24,00 | 5,00 | 52,00 |

$p > 0.05$

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

S i g n i f i k a n t

ohne Psychotiker

Tabelle 67

Selbstmordversuch wäre an dem Tag unterblieben, wenn das Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte (N = 60)

| | Nein | Unsicher | Ja |
|---|---|---|---|
| Froh | 28,13 | 9,38 | 62,50 |
| Froh m.E. | 68,75 | 6,25 | 25,00 |
| Nicht-Froh | 50,00 | 25,00 | 25,00 |
| Total | 43,33 | 11,67 | 45,00 |

$p \leq 0.05$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 5 % Niveau.

Bei Gegenüberstellung der Gruppen statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Froh und Froh m.E..

## 4.6.6.4. EINSTELLUNG NACH DEM SELBSTMORDVERSUCH

S i g n i f i k a n t

Tabelle 68

Nachträgliche Einstellung zum Selbstmordversuch (N = 93)

| | Unklar | Neuer Anfang | Als Dummheit abgelehnt | Schon vergessen | Probleme verstärkt | Klage über Mißglücken |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Froh | 33,33 | 20,37 | 38,89 | 7,41 | 0,00 | 0,00 |
| Froh m.E. | 61,90 | 19,05 | 4,76 | 4,76 | 4,76 | 4,76 |
| Nicht-Froh | 27,78 | 5,56 | 5,56 | 0,00 | 16,67 | 44,44 |
| Total | 38,71 | 17,20 | 24,73 | 5,38 | 4,30 | 9,68 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 69

Mehr Lebensmut (N = 98)

| | Ja | Unklar | Nein |
|---|---|---|---|
| Froh | 80,70 | 12,28 | 7,02 |
| Froh m.E. | 18,18 | 50,00 | 31,82 |
| Nicht-Froh | 15,79 | 5,26 | 78,95 |
| Total | 54,08 | 19,39 | 26,53 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 70

Freut sich konkret auf etwas nach der Entlassung (N = 94)

| | Ja | Unklar | Nein |
|---|---|---|---|
| Froh | 92,45 | 0,00 | 7,55 |
| Froh m.E. | 60,87 | 4,35 | 34,78 |
| Nicht-Froh | 27,78 | 0,00 | 72,22 |
| Total | 72,34 | 1,06 | 26,60 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 71

Für die Rettung dankbar

| | Ja | Unentschieden | Nein |
|---|---|---|---|
| Froh | 94,74 | 5,26 | 0,00 |
| Froh m.E. | 33,33 | 45,83 | 20,83 |
| Nicht-Froh | 10,53 | 10,53 | 78,95 |
| Total | 64,00 | 16,00 | 20,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

S i g n i f i k a n t

Tabelle 72

Arzt soll grundsätzlich nach Selbstmordversuch retten

| | Ja |
|---|---|
| Froh | 90,74 |
| Froh m.E. | 65,00 |
| Nicht-Froh | 33,33 |
| Total | 73,91 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

DISKUSSION

Bei Ausschluß der Psychotiker ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Frohen und Nicht-Frohen hinsichtlich der Anzahl der bisherigen Selbstmordversuche.
Bei 65 % der Nicht-Frohen war es nicht der 1. Selbstmordversuch. Bei den Frohen dagegen hatten nur 28 % einen früheren Selbstmordversuch verübt.
Der Grund dafür, daß die psychotische Erkrankung als Störvariable anzusehen ist, dürfte darin liegen, daß bei Psychotikern, sowohl bei den Frohen als auch bei den Nicht-Frohen, die Selbstmordtendenz oft unabhängig von einer auslösenden Situation - allein in der Krankheit begründet - oft raptusartig durchbricht, während bei Nicht-Psychotikern die Suizidhandlung an äußere oder innere Schwierigkeiten geknüpft ist.
Wir schließen aus den häufigeren Selbstmordversuchen der Nicht-Frohen, daß sie bereits häufiger oder seit längerer Zeit einer ihnen unerträglich erscheinenden Situation ausgesetzt waren.

Die Ernsthaftigkeit wurde von der Autorin jeweils mit Hilfe eines unbeteiligten Außenstehenden, - mit dem weitgehend Übereinstimmung hinsichtlich der Zuordnung zur entsprechenden Kategorie erzielt werden konnte - aufgrund der vorhandenen Angaben beurteilt.
Der Versuch wurde als "sehr ernsthaft" beurteilt, wenn Vorkehrungen getroffen waren, um eine Rettung zu verhindern und ein eindeutiger Wunsch zu sterben vorhanden war.
Als "Ausgang ungewiß" bezeichneten wir Fälle, bei denen die Möglichkeit der Rettung zwar nicht mit Sicherheit erwartet, aber doch auch nicht ausgeschlossen werden konnte. Der Patient wollte eindeutig sterben oder war wenigstens von einer starken Ambivalenz bestimmt.
Als "suizidale Geste" bezeichneten wir jene Selbstmordversuche, bei denen der Patient nicht sterben wollte. Es handelte sich in diesen Fällen hauptsächlich um demonstrative Gesten oder den Wunsch "einfach auszuschlafen", abzuschalten.
Bei 10 der Patienten konnte keine Zuordnung zu einer der genannten Kategorien erfolgen, da entweder Amnesie für die Durchführung (z. B. im Rauschzustand) bestand oder auf Grund einer psychotischen Erkrankung keine klare Aussage hinsichtlich der Suizidhandlung zu erhalten war.

Bei der Beurteilung der Ernsthaftigkeit wurde nur die Situation bis zum Beginn der Durchführung des Versuchs berücksichtigt. Der Abbruch des Versuchs blieb unberücksichtigt, da dieser aus den verschiedensten Gründen - z. B. wegen unerträglicher Schmerzen - oft unabhängig vom ernsthaften Wunsch zu sterben erfolgte.
Hinsichtlich der Ernsthaftigkeit ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Sowohl der Wunsch zu sterben als auch die Durchführung des Selbstmordversuchs waren bei den Frohen wesentlich weniger ernsthaft als bei den Nicht-Frohen.

So wurde bei den Nicht-Frohen der Selbstmordversuch nur in 6 % der Fälle als suizidale Geste klassifiziert, bei den Frohen dagegen bei 46 %. "Sehr ernsthafte" Selbstmordversuche fanden sich bei 53 % der Nicht-Frohen, aber nur bei 22 % der Frohen.

Hinsichtlich der subjektiven Sicherheit, daß das verwendete Mittel tödlich wirken würde, ergab sich kein signifikanter Unterschied. Ein Vergleich der Prozentzahlen ergibt aber immerhin, daß die Nicht-Frohen häufiger mit einer tödlichen Wirkung des Mittels rechneten als die Frohen (71 % : 51 %).

Werden die Psychotiker ausgenommen, ergibt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Zeitdauer, in der sich die Suizidanten vor dem Selbstmordversuch mit Todeswünschen bzw. Selbstmordgedanken getragen haben. (Tabelle 62)
Von 42 % der Frohen, aber nur von 8 % der Nicht-Frohen wurde angegeben, daß der Selbstmordversuch aus einer spontanen Eingebung entstanden sei, daß sie in der Zeit vor dem Selbstmordversuch keinerlei Todeswünsche oder Selbstmordgedanken hatten; oft sei der Entschluß zur suizidalen Handlung innerhalb von Sekunden entstanden.
Die Ergebnisse wiesen somit vermehrt darauf hin, daß die Nicht-Frohen länger oder häufiger einer sie belastenden Situation ausgesetzt waren, was zu dem länger anhaltenden Wunsch nach einer Lösung der Probleme auch auf Kosten der Beendigung des Lebens geführt hatte.
Die Nicht-Frohen, bei denen nach eigenen Angaben der Wunsch zu sterben häufiger ernst gemeint war als bei den Frohen (Tabelle 60), zeigten auch in Vorbereitung und Durchführung die größere Entschlossenheit.
Wir dürfen vermuten, daß eine längere Entschlußzeit zu einem ernsthafteren Selbstmordversuch führt als ein plötzlicher aus der Situation geborener Entschluß, bei dem die überlegte Planung und Vorbereitung fehlt. (Ringel 1961) Entsprechend stellt auch Ringel (1961, S. 97) fest, daß vollendete

Selbstmorde nicht auf einer plötzlich durchbrechenden Selbstmordtendenz beruhen, sondern daß sich "eine Auseinandersetzung zwischen der Persönlichkeit und der Selbstmordtendenz abspielt, bis der Wunsch schließlich zum Entschluß reift." Wir können annehmen, daß der Selbstmordversuch der Nicht-Frohen einem vollendeten Selbstmord näher steht als der Selbstmordversuch der Frohen.
Der signifikante Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Bedenkzeit bestärkt uns in dieser Vermutung:
So gaben nur 4 % der Frohen eine Bedenkzeit von länger als 24 Stunden an, jedoch 25 % der Nicht-Frohen. (Tabelle 64)

Eine bestimmbare auslösende Situation am Tag des Selbstmordversuchs weist ebenfalls darauf hin, daß die Suizidhandlung mehr einem momentanen Affekt als einer ernstlichen Abwägung über Wert und Unwert des Lebens entspricht. Bei Ausschluß der Psychotiker unterscheiden sich die Gruppen signifikant.

Eine auslösende Situation am Suizidtag bestätigten 73 % der Frohen, aber nur 25 % der Nicht-Frohen. (Tabelle 63)
Von den Frohen wurde außerdem der Selbstmordversuch signifikant häufiger in örtlicher oder zeitlicher Nähe zu ihnen vertrauten Personen ausgeführt, d. h. eine ihnen nahestehende Person befand sich z. B. während des Selbstmordversuchs in der Wohnung oder es konnte mit ihrem baldigen Nachhausekommen gerechnet werden, was die Rettungschancen erhöhte.

Wider Erwarten ergab sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Beitrags des Suizidanten zu seiner Rettung in Form von einer direkten Mitteilung oder in Form von Hinweisen, die zur Rettung führen können, wie z. B. das Liegenlassen von Tablettenpackungen u. ä. (Tabelle 66), wenn auch die Nicht-Frohen insgesamt etwas häufiger keinen Hinweis für ihre Rettung gaben als die Frohen. (58 % : 47 %)

Der Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des kurzschlußartigen Durchbruchs des Selbstmordversuchs und seiner

eventuellen Vermeidbarkeit zeigt sich auch darin, daß die Durchführung des Selbstmordversuchs an jenem bestimmten Tag bei den Frohen abhängiger vom Vorhandensein des Mittels war als bei den Nicht-Frohen. So gaben 63 % der Frohen an, daß der Versuch an dem Tag unterblieben wäre, wenn das Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte, aber nur 25 % der Nicht-Frohen hätten dann an diesem Tag auf die Durchführung des Selbstmordversuchs verzichtet.

Es ist naheliegend, daß die nachträgliche Einstellung zum Selbtmordversuch in sehr engem Zusammenhang damit steht, ob der Suizidant froh ist über die Tatsache seines Überlebens oder nicht. So beklagen 44 % der Nicht-Frohen das Mißglücken des Selbstmordversuchs, aber keiner der Frohen.

Die positivere Einstellung der Frohen äußert sich auch darin, daß sie ganz spontan konkret etwas nennen konnten, auf das sie sich nach der Entlassung freuten, sei es auf den Partner, auf die eigene Wohnung, auf ein Haustier oder auch nur einfach auf das "wieder draußen sein". (Tabelle 70)

Die Dankbarkeit gegenüber dem Arzt für die Rettung trennt zwar die Gruppen signifikant, dennoch ist die Anzahl der "Dankbaren" nicht völlig identisch mit der Anzahl der "Frohen".

Tabelle 73 Dankbar für die Rettung (absolute Zahlen!)

| | Dankbar | Unentschieden | Nicht dankbar | Insgesamt |
|---|---|---|---|---|
| Froh | 54 | 3 | 0 | 57 |
| Froh m.E. | 8 | 11 | 5 | 24 |
| Nicht-Froh | 2 | 2 | 15 | 19 |
| Total | 64 | 16 | 20 | 100 |

Dies führt uns zu der Annahme, daß es vor allem die Art und Schwere der a k t u e l l e n Probleme sind, die die Gefühlssituation nach einem "unvollendeten" Selbstmordversuch bestimmen, während die Langzeitperspektive über die noch zu erwartenden Lebensmöglichkeiten unberücksichtigt bleibt.

Auch der noch jüngere Patient, der unter Aufbietung all seiner Kräfte noch eher in der Lage wäre, seine Lebenssituation, die er augenblicklich als unerträglich empfindet, auf Dauer zu verändern, sei es z. B. durch Erlernen eines anderen Berufes oder durch eine andere Partnerwahl, sieht in einer Art Horizontverengung nur die a k t u e l l e unerträglich erscheinende Situation und zieht eventuelle positive Änderungsmöglichkeiten nicht in Erwägung, die ihm in der Zukunft noch offen stehen, dem Älteren aber realiter verschlossen sind.

Wir müssen also feststellen, daß unsere Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen der Höhe des Lebensalters und der positiven Einstellung zur Tatsache des Überlebens erbrachte, während dagegen die Ernsthaftigkeit vor dem Selbstmordversuch, d. h. sowohl die subjektive Entschlossenheit zu sterben, als auch die planvollere Art der Durchführung des Selbstmordversuchs einen durchaus signifikanten Anstieg mit zunehmendem Lebensalter erbrachte. (Varianzanalyse; p = 0.05).

Tabelle 75 Ernsthaftigkeit und Alter

| Alter | Suizidale Geste | Ausgang ungewiß | Sehr ernsthaft | Insgesamt |
|---|---|---|---|---|
| 12 - 20 | 7 | 4 | 2 | 13 |
| 20 - 28 | 12 | 8 | 9 | 29 |
| 28 - 36 | 3 | 7 | 7 | 17 |
| 36 - 44 | 1 | 10 | 4 | 15 |
| 44 - 52 | 1 | 1 | 4 | 6 |
| 52 - 60 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 60 u.älter | 1 | 2 | 3 | 6 |
| Total | 26 | 33 | 31 | 90 |

Es wurden 22 (= 24 %) der als "suizidale Geste" bezeichneten Selbstmordversuche von Patienten verübt, die das 36. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, während von den über 36 Jahre alten Patienten nur 5 (= 6 %) einen Selbstmordversuch im Sinne einer suizidalen Geste verübten.
Der Altersdurchschnitt liegt für die suizidale Geste bei 25 Jahren, für den ernsthafteren Versuch, den wir als "Ausgang ungewiß" bezeichnet haben, bei 32 Jahren und für den "sehr ernsthaften Versuch" bei 34 Jahren.
Die allgemeine Altersverteilung entspricht den üblichen Statistiken, die alle eine Häufung der Selbstmordversuche im 3. und 4. Jahrzehnt und eine Abnahme der Selbstmordversuche in höherem Lebensalter angeben. (Vgl. 1.1.2.)

So findet sich auch in unserer Untersuchung der Altersschwerpunkt im 3. Lebensjahrzehnt; 80 % der Suizidanten hatten das 44. Lebensjahr noch nicht erreicht.

## 4.6.8. EINSTELLUNG ZUM INTERVIEW

S i g n i f i k a n t

Tabelle 76
Einstufung des Gesprächs

| | Angenehm | Gleichgültig | Belastung | Gemischt |
|---|---|---|---|---|
| Froh | 84,21 | 7,02 | 7,02 | 1,75 |
| Froh m.E. | 75,00 | 4,17 | 4,17 | 16,67 |
| Nicht-Froh | 42,11 | 26,32 | 21,05 | 10,53 |
| Total | 74,00 | 10,00 | 9,00 | 7,00 |

$p \leq 0.01$

Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau.

DISKUSSION

Am Ende der Untersuchung standen die Fragen "Wie haben Sie sich während des Gesprächs gefühlt?" und "War das Gespräch für Sie angenehm, gleichgültig oder eine Belastung?"

Es ist erstaunlich, in welchem Maße es sehr vielen Patienten gelang, das Gespräch im Sinne einer entlastenden Aussprache zu führen und zu empfinden, obwohl es von der Autorin als "wissenschaftliche Untersuchung" angekündigt wurde. Für die meisten Patienten bedeutete es eine sichtliche Entlastung, über die Probleme sprechen zu können, die sie zum Selbstmordversuch getrieben haben. In bezug auf die Schilderung des Selbstmordversuchs dagegen war die Aussagefreudigkeit weniger groß. (Vgl. v. Andics 1938) Sehr oft versicherten die Suizidanten glaubhaft, daß sie sich einfach nicht mehr genau daran erinnern könnten.
Nach Auskunft der behandelnden Psychiater ist die teilweise Amnesie für die Durchführung des Selbstmordversuchs eher auf die affektive Situation vor dem Selbstmordversuch als auf eine - z. B. im Fall der Einnahme von Tabletten - erfolgte Intoxikation zurückzuführen.

Auf die Frage, wie sie sich während des Gesprächs gefühlt haben, antworteten diejenigen, die das Gespräch als angenehm einstuften, am häufigsten mit der Beschreibung "gut", "frei", oder "gelöst".

Weitere Antworten waren: "offen", "als akzeptierter Mensch", "nicht gehemmt", "geborgen", "sicher", "hoffnungsvoller", "saugut".

Viele äußerten spontan, daß sie das Gespräch als Aussprache empfanden:
"Ich hab' mich wenigstens aussprechen können."
"Erleichtert, daß ich über meine Probleme reden konnte."
"Es tut gut, wenn man mit jemandem reden kann und keiner erfährt etwas."

Diejenigen, die das Gespräch als gleichgültig oder als Belastung einstuften, beantworteten die Frage nach ihrem Gefühlszustand während des Interviews hauptsächlich mit folgenden Kommentaren:
"wie immer", "ohne Gefühlsreaktion", "müde", "hab' keine Gefühle".

Das Gespräch wurde als Belastung empfunden, weil
"es für den Verstand eine Anstrengung war",
"weil es nochmals mit dem Selbstmordversuch konfrontierte",
"weil unangenehme Themen wie Scheckbetrug, Partnerlosigkeit usw. berührt wurden";
"Mag nicht ausgefragt werden".

Nach dem Hinweis v. Andics (1938, S. 9), daß der Suizidant "destoweniger zu Mitteilungen bereit ist, je fester er entschlossen ist, den Selbstmordversuch zu wiederholen und zu Ende zu führen", erwarteten wir, daß die Frohen, die die Tatsache ihres Überlebens bejahen, häufiger das Gespräch als angenehm empfinden würden als die beiden anderen Gruppen.

Es ergab sich tatsächlich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen auf dem 1 % Niveau. (Tabelle 76)

Wir sehen in der positiven Einstellung der Frohen zum Gespräch die bejahende Zuwendung zur Umwelt und auch eine - mehr oder weniger große - aktive Bereitschaft, sich mit den eigenen Problemen reflektierend auseinanderzusetzen. Der noch vorhandene Bezug der Frohen zum Leben drückt sich auch in der größeren Kontaktbereitschaft zur Autorin aus.

## 4.7. FALLDARSTELLUNGEN

Wenn die von uns durchgeführten, statistischen Auswertungen auch einem wissenschaftlichen Bedürfnis nach Abstraktion, Objektivität und Verallgemeinerung entsprechen mögen, so werden aus ihnen doch nicht die Not und die Bedrängnis ersichtlich, die im Einzelfall zur suizidalen Handlung führen.

Wir wählen deshalb aus jeder der drei Gruppen typische nichtpsychotische Einzelfälle aus, um den Hintergrund der suizidalen Problematik anschaulicher aufzuzeigen.

Bei den von uns beschriebenen Fallbeispielen sind aus Gründen der Diskretion die Namen geändert und die Berufsbezeichnungen bewußt vage gehalten.

### 4.7.1. DIE "FROHEN"

#### 4.7.1.1. SABINE T., (17), ANGESTELLTE, 1. SELBSTMORDVERSUCH, (FALL 23 a )

Sabine stellte sofort zu Beginn des Gesprächs klar: "Ich wollte mich doch gar nicht umbringen, ich wollte doch nur, daß die Eltern schockiert sind."
Sie hatte beabsichtigt, es sollte ihr nur ein paar Tage übel sein, damit die Eltern beunruhigt würden.
Sabine wuchs auf einem Bauernhof als mittlere von 5 Geschwistern auf. Wirtschaftliche Sorgen gab es keine. Die häusliche Atmosphäre schildert Sabine als "dauernd gereizt, ohne daß es zu seiner richtigen Explosion kommt". Sie hatte auch das Gefühl, daß die Eltern nie mit ihr zufrieden waren, so viel Mühe sie sich auch geben mochte. Für ihre Probleme fand sie bei den Eltern kein Verständnis. In letzter Zeit gab es zunehmend Streit mit den Eltern, da Sabine immer um 10 Uhr

abends zu Hause sein sollte, wodurch sie sich wie ein kleines Kind behandelt fühlte, was sie sehr kränkte.
Am Tag des Selbstmordversuchs - an einem Sonntag - war sie ohnehin schlecht gelaunt, da sie ihre Menstruation hatte. Der Vater, ebenfalls schlecht gelaunt, wollte sie in die Kirche schicken. Sabine wollte aber lieber der Mutter helfen, die viel Arbeit hatte. Es kränkte Sabine, daß ihre Mutter ihre Hilfe ablehnte. Mittags kam es zum Streit zwischen Vater und Bruder. Als Sabine nachmittags mit ihrer Freundin spazieren ging, war diese ebenfalls besonders schlechter Laune.
Sabine meint, die suizidale Handlung sei dadurch ausgelöst worden, daß an diesem Tag eben alles zusammenkam. Sie hatte allerdings schon seit ein paar Wochen vorher mit dem Gedanken gespielt.
Sie dachte sich "Jetzt zeig ich's meinen Eltern", ging in den Keller und trank Mückengift.
Zwischen dem Entschluß zum Selbstmordversuch und der Ausführung der Tat lag eine halbe Stunde. Als ihr übel wurde, schrie sie um Hilfe. Sie wurde von den Eltern ins Krankenhaus gebracht.
Nachträglich bezeichnet Sabine ihren Selbstmordversuch als Dummheit und nannte als Motiv "Aggression gegen die Eltern". Im Gespräch äußerte sie, sie habe zwar Angst vor den Vorwürfen, die man ihr zu Hause wegen ihres Selbstmordversuchs machen würde, sie glaube aber doch, daß ihre Eltern "sich bessern werden".
Sie hofft, daß sich ihre Probleme in der Weise lösen werden, daß sie von zu Hause auszieht und mit einer Freundin zusammen eine Wohnung nimmt.
Sabine ist mit ihrem Beruf zufrieden und hat einen netten Freundeskreis. Einen festen Partner wünscht sie sich noch nicht.

Der Fall von Sabine T. ist ein typisches Beispiel dafür, daß die suizidale Absicht und der Grad der Selbstgefährdung kei-

## 4.7. FALLDARSTELLUNGEN

Wenn die von uns durchgeführten, statistischen Auswertungen auch einem wissenschaftlichen Bedürfnis nach Abstraktion, Objektivität und Verallgemeinerung entsprechen mögen, so werden aus ihnen doch nicht die Not und die Bedrängnis ersichtlich, die im Einzelfall zur suizidalen Handlung führen.

Wir wählen deshalb aus jeder der drei Gruppen typische nichtpsychotische Einzelfälle aus, um den Hintergrund der suizidalen Problematik anschaulicher aufzuzeigen.

Bei den von uns beschriebenen Fallbeispielen sind aus Gründen der Diskretion die Namen geändert und die Berufsbezeichnungen bewußt vage gehalten.

### 4.7.1. DIE "FROHEN"

#### 4.7.1.1. SABINE T., (17), ANGESTELLTE, 1. SELBSTMORDVERSUCH, (FALL 23 a )

Sabine stellte sofort zu Beginn des Gesprächs klar: "Ich wollte mich doch gar nicht umbringen, ich wollte doch nur, daß die Eltern schockiert sind."
Sie hatte beabsichtigt, es sollte ihr nur ein paar Tage übel sein, damit die Eltern beunruhigt würden.
Sabine wuchs auf einem Bauernhof als mittlere von 5 Geschwistern auf. Wirtschaftliche Sorgen gab es keine. Die häusliche Atmosphäre schildert Sabine als "dauernd gereizt, ohne daß es zu seiner richtigen Explosion kommt". Sie hatte auch das Gefühl, daß die Eltern nie mit ihr zufrieden waren, so viel Mühe sie sich auch geben mochte. Für ihre Probleme fand sie bei den Eltern kein Verständnis. In letzter Zeit gab es zunehmend Streit mit den Eltern, da Sabine immer um 10 Uhr

abends zu Hause sein sollte, wodurch sie sich wie ein kleines Kind behandelt fühlte, was sie sehr kränkte.
Am Tag des Selbstmordversuchs - an einem Sonntag - war sie ohnehin schlecht gelaunt, da sie ihre Menstruation hatte. Der Vater, ebenfalls schlecht gelaunt, wollte sie in die Kirche schicken. Sabine wollte aber lieber der Mutter helfen, die viel Arbeit hatte. Es kränkte Sabine, daß ihre Mutter ihre Hilfe ablehnte. Mittags kam es zum Streit zwischen Vater und Bruder. Als Sabine nachmittags mit ihrer Freundin spazieren ging, war diese ebenfalls besonders schlechter Laune.
Sabine meint, die suizidale Handlung sei dadurch ausgelöst worden, daß an diesem Tag eben alles zusammenkam. Sie hatte allerdings schon seit ein paar Wochen vorher mit dem Gedanken gespielt.
Sie dachte sich "Jetzt zeig ich's meinen Eltern", ging in den Keller und trank Mückengift.
Zwischen dem Entschluß zum Selbstmordversuch und der Ausführung der Tat lag eine halbe Stunde. Als ihr übel wurde, schrie sie um Hilfe. Sie wurde von den Eltern ins Krankenhaus gebracht.
Nachträglich bezeichnet Sabine ihren Selbstmordversuch als Dummheit und nannte als Motiv "Aggression gegen die Eltern". Im Gespräch äußerte sie, sie habe zwar Angst vor den Vorwürfen, die man ihr zu Hause wegen ihres Selbstmordversuchs machen würde, sie glaube aber doch, daß ihre Eltern "sich bessern werden".
Sie hofft, daß sich ihre Probleme in der Weise lösen werden, daß sie von zu Hause auszieht und mit einer Freundin zusammen eine Wohnung nimmt.
Sabine ist mit ihrem Beruf zufrieden und hat einen netten Freundeskreis. Einen festen Partner wünscht sie sich noch nicht.

Der Fall von Sabine T. ist ein typisches Beispiel dafür, daß die suizidale Absicht und der Grad der Selbstgefährdung kei-

neswegs übereinstimmen müssen, Sabine T. hatte nicht die Absicht zu sterben, wählte aber aus Unkenntnis ein Mittel, das in der eingenommenen Dosis - nach Auskunft des Arztes - ohne Rettungsmaßnahmen hätte eine letale Wirkung haben können.

### 4.7.1.2. HERMINE W., (52), ANGESTELLTE, 1. SELBSTMORDVERSUCH (FALL 46 a )

Frau W. war die mittlere von vier Geschwistern und wuchs in einer harmonischen Familiengemeinschaft auf. Der Vater war sehr nett zur Mutter und verwöhnte sie. Frau W. dagegen verzichtete in ihrer nun fast 30jährigen Ehe auf alle eigenen Wünsche und verwöhnte ihren Mann derart, daß "das Essen mundwarm war", wenn er heimkam; denn er haßte heißes Essen. Er war der "King". Frau W. wollte eine Ehe führen bis einer von ihnen beiden sterben würde.
Der Ehemann aber hat seit 2 1/2 Jahren eine Freundin, die einmal eine Jugendliebe von ihm gewesen war.
Er will sich keineswegs scheiden lassen, hielt aber sein bereits 2 mal gegebenes Versprechen, sich von der Freundin zu trennen, nicht.
Einige Tage vor dem Selbstmordversuch kam es deshalb wieder zu einem heftigen Streit.
Am Tage des Selbstmordversuchs hatte Frau W. - wieder einmal - erfahren, daß ihr Ehemann sich bei ihrer Nachbarin sehr abfällig über sie geäußert habe.
Am Sonntagnachmittag kam ihr plötzlich der Gedanke: "Wenn ich Schluß mache, ist es das beste."
Sie schrieb einen Abschiedsbrief an ihre Tochter und nahm insgesamt ca. 60 Schlaf- und Schmerztabletten.
Zum Zeitpunkt des Selbstmordversuchs empfand sie vor allem auf die Geliebte ihres Mannes eine heftige Wut.
Sie hatte die feste Absicht zu sterben und war sicher, daß sie bis zum Abend, wenn der Ehemann zurückkam, tot sein würde.

Die Tochter kam aber überraschend und brachte Frau W. ins Krankenhaus.
Frau W. meint selbst, daß in ihrem Selbstmordversuch alles enthalten war: "ein bißchen Hilferuf, der Wunsch nach Flucht und Aggression gegen die Geliebte ihres Mannes".
Frau W. hat jetzt mehr Lebensmut, obwohl sich ihre Situation nicht verändert hat. Der Ehemann hat wieder einmal versprochen, die Freundin endgültig aufzugeben und Frau W. will es nochmals mit ihm versuchen. Sie meint, die Zeit werde entscheiden, ob sie bei ihm bleiben werde.
Sie freut sich wieder auf ihre Arbeit.

### 4.7.1.3. BEATE Z., (24), ASSISTENTIN IM HEILBERUF, 1. SELBSTMORDVERSUCH (FALL 2)

Beate Z. wuchs mit einem älteren Bruder in einer Familie auf, in der man "mit seinen Problemen selbst fertig werden mußte". Sie hat sich als Kind häufig allein gefühlt und Geborgenheit vermißt.
Sie durfte wenig spielen, da sie auf dem Bauernhof mithelfen mußte.
Sie war für ihre Mutter hauptsächlich "jemand, dem man etwas anschaffen konnte".
Die Mutter war sehr angepaßt, kühl und fleißig; sie war durch die Arbeit auf dem Bauernhof überfordert.Zum Vater fühlte sich Fräulein Z. mehr hingezogen. Fräulein Z. ist in ihrem Beruf sehr zufrieden und anerkannt. Sie hat einen netten Kreis von Freudinnen.
Es stört sie an sich selbst, daß sie stets versucht, es allen recht zu machen, daß sie nicht Nein-Sagen und ihre Aggressionen nicht äußern kann. Ihren Ärger schluckt sie lieber hinunter als ihn zu äußern. Nach ihren eigenen Angaben stauen sich dann ihre nicht geäußerten Aggressionen auf und

kommen explosionsartig oder in Form von Weinausbrüchen zum Ausdruck.
4 Wochen vor dem Selbstmordversuch hatte ihr Freund, mit dem sie seit 7 Jahren zusammen war und in gemeinsamer Arbeit ein Haus gebaut hatte, mit ihr Schluß gemacht. Das Haus, das ihr viel bedeutete, sollte nun verkauft werden.
Kurz nach der Trennung von ihrem Freund hatte sie 2 Autounfälle, einen selbstverschuldeten (sie fuhr gegen eine Betonwand) und einen unverschuldeten (ein Kind lief ihr ins Auto). Bei letzterem Unfall erlitt die Schwägerin, die mit ihr fuhr, eine Frühgeburt. Die Chancen für ein Überleben des Kindes standen zum Zeitpunkt des Selbstmordversuchs noch 50 : 50. Fräulein Z. litt wegen dieses Unfalls unter schweren Schuldgefühlen.
Auslösend für den Selbstmordversuch wurde eine zufällige Begegnung mit dem ehemaligen Freund, der ihr nicht einmal seinen jetzigen Wohnort nennen wollte und sie "wie Abfall" behandelte. Sie litt besonders darunter, daß er ihr nie einen Grund für die Trennung angegeben hatte. Nicht der Verlust des Freundes war es eigentlich, was sie so erschütterte, - er bedeutete für sie mehr ein ruhiges Zuhause als eine leidenschaftliche Liebe - sondern die Art, wie er sie behandelte, wie er sie "abschob", war das, was sie nicht mehr ertragen zu können glaubte. Sie ist der Ansicht, es wäre für sie weniger schmerzlich, wenn sie ihn durch einen Unfall verloren hätte.
Zwischen dem Entschluß zum Selbstmord und der Ausführung der Tat lagen mehr als 24 Stunden. Sie legte für das Kind der Schwägerin noch ein Sparkassenbuch an und bereitete ihren Selbstmordversuch planvoll vor. Sie sagte dem Bruder, (sie wohnt bei den Eltern, der Bruder nebenan), daß sie nicht heimkommen, sondern bei einer Freundin übernachten werde. Der Bruder, mißtrauisch geworden, prüfte, ob ihr Auto wirklich vor dem Haus der Freundin stand. Fräulein Z. hatte zur Tarnung ihres Vorhabens das Auto tatsächlich dort abgestellt und ging zu Fuß zu "ihrem Haus", das leer stand. Sie wollte

in dem Haus, das einmal ihr Zuhause werden sollte und nun vor dem Verkauf stand, sterben. Sie löste ca. 60 Schlaftabletten, die sie lange vorher gesammelt hatte in Alkohol auf und schrieb noch einen Brief mit einer Erklärung ihrer Gründe. Der Brief war an niemanden adressiert. Sie wollte ernsthaft sterben und war sicher, daß die Dosis tödlich sein würde. Seit der Trennung von ihrem Freund hatten sie Suizidgedanken beschäftigt.

Sie wurde von der Polizei gesucht und gefunden, als ihre Arbeitgeberin sie als vermißt meldete.
Beim Erwachen hatte sie erst keine Empfindung und fand sich dann damit ab, daß "es nicht geklappt hatte".
Im Gespräch sagte sie, daß sie sich inzwischen innerlich besser fühle und auf einen Urlaub mit ihrer Freundin freue.
Sie arbeitet sehr gerne in ihrem Beruf.

## 4.7.2. DIE "FROHEN MIT EINSCHRÄNKUNG"

### 4.7.2.1. HELMUT B., (21), PRAKTIKANT, 1. SELBSTMORDVERSUCH (FALL 1)

Helmut B. stammt aus einer Familie des gehobenen Mittelstandes und ist der Ältestes von drei Kindern. Die Stimmung zu Hause schildert er als "stets fröhlich, im Sinne einer erzwungenen heilen Welt". Er empfand die Atmosphäre zu Hause als "belauernd", so als würde stets diffus etwas "Tolles" von ihm erwartet. "Es war zu wenig Luft zum Atmen da." Die Mutter war verunsichert, aufopfernd, labil, der Vater intellektuell, eisig und machtvoll. Während ihm der Vater unnahbar erschien, konnte die Mutter keine Distanz halten: "Wenn man ihr die Arme um den Hals legte, blieb man kleben." Zuwendung bekam er von der Mutter vor allem in Form von Mitleid, wenn er sich klein und schwach zeigte. Ansonsten hatte er

das Gefühl, daß er sich Liebe - vor allem beim Vater- nur durch Leistung verdienen konnte.
Helmut B. war ein besonders braves Kind, das in der "Sandkastenzeit" als Außenseiter galt, dann gab es eine Zeit der Freundschaften, bis mit der Pubertät die Einsamkeit wieder anfing. Eine Psychotherapie, die er mit 18 Jahren 1 1/2 Jahre lang machte, half ihm, wieder kontaktfähiger zu werden.

Die eigentlichen Schwierigkeiten begannen vor 2 Monaten nach dem mit gutem Erfolg bestandenen Abitur. Er erklärte hierzu: "Die schützende Schule war weg, ich halt's im harten Leben nicht aus."
Er begann im Hinblick auf sein zukünftiges Studium ein Praktikum, dem er sich auf Grund von Konzentrationsstörungen und "Gedächtnislücken" nicht gewachsen fühlte. Er hatte ständig "Mattscheibe", machte dadurch viel falsch und war "hirnlos vor Wut und Angst".
Er sagt, das Denken habe nicht mehr funktioniert, er habe die einfachsten Rechenaufgaben nicht mehr lösen können. Er litt entsetzlich unter seiner Unfähigkeit. Je mehr er aber hinter seinen eigenen Vorstellungen zurückblieb, desto mehr träumte er vom Überhelden. Er kritisierte sich bei jedem Handgriff.

Diese Insuffizienzgefühle waren es, die ihn verzweifeln ließen.
Auch bei seiner Freundin hatte er ein starkes Unterlegenheitsgefühl - er fühlte sich wie ein "Hunderl" - und trennte sich deshalb 2 Wochen vor dem Selbstmordversuch von ihr. Sie hatte auch zu oft vom Heiraten gesprochen, wozu er sich noch nicht reif fühlt.
Zum Auslöser für den Selbstmordversuch wurde Ärger am Arbeitsplatz, bei dem es um eine Kleinigkeit ging. (Er war ungerecht beschuldigt worden.)
Als er an diesem Abend ein Mädchen besucht, deren Cousin sich vor einem Jahr das Leben genommen hatte, wußte er plötzlich, daß "es das letzte Mal war". Bei der Beerdigung dieses Jungen hatte er erlebt, welche Zuneigung diesem nach seinem Tod zuteil wurde!
Er ging in den Wald und versuchte sich mit einem Rasiermes-

ser die Pulsadern aufzuschneiden. (Schlaftabletten schienen ihm zu "feige".) Als er es nicht schaffte, kehrte er nach Hause zurück.
Er ist froh, noch am Leben zu sein "unter der Bedingung, daß es besser funktioniert, das Erwachsensein". Er versteht darunter "groß und stark werden und die Antriebe, die blinde Wut machen, umsetzen können".
Positiv nach dem Selbstmordversuch war für ihn, daß er zum ersten Mal Kontakt zu seinem Vater fand und sich von ihm angenommen fühlte.

### 4.7.2.2. KATRIN C., (12), SCHÜLERIN, 2. SELBSTMORDVERSUCH (FALL 45 a)

Katrins Familienverhältnisse sind sehr ungünstig. Der Vater sitzt im Gefängnis, die Mutter muß deshalb ganztags berufstätig sein.
Die Familie ist hoch verschuldet: "der Kuckuck klebt an allen Möbeln". Seit 5 1/2 Jahren wird in der Familie ständig irgendetwas gepfändet, dennoch darf Katrin Reitstunden nehmen.
Die Mutter ist durch Beruf und Haushalt überlastet und dadurch sehr gereizt. Katrin versucht, sehr viel im Haushalt mitzuhelfen, damit die Mutter weniger "aggressiv" ist, während Katrins jüngerer Bruder nichts tut.
Seit 2 - 3 Wochen hatte Katrin das Leben satt. In der Schule gab es Ärger mit der Lehrerin (Katrin ist im allgemeinen eine mittelmäßige Schülerin, schreibt aber auch manchmal sehr schlechte Noten). Außerdem fand Katrin die "Aggressivität der Mutter" unerträglich.
Eigentlich wollte Katrin weglaufen, aber sie war sicher, daß sie dann gefunden und alles wieder von vorne anfangen würde.

Am Tag des Selbstmordversuchs waren wieder verschiedene Haushaltsgegenstände wie Teppiche, Waschmaschine, Grill usw. gepfändet worden. Auch die Kriminalpolizei war wieder dagewesen.
Der Entschluß zum Selbstmord kam für Katrin ganz plötzlich. Als sie ins Badezimmer ging, um eine Bürste zu holen, fiel ihr Blick zufällig auf Tabletten.
Sie sagte sich "Wenn Du tot bist, mußt Du nicht mehr zurück". Sie nahm alle Tabletten (ca. 48), die sie finden konnte und nahm sie ein, nachdem sie sie in Bier aufgelöst hatte.
Dann rief sie ihre Mutter im Büro an, um sie zu fragen, wie man eine Rahmsauce mache, denn sie wollte nochmals richtig essen, da sie Hunger hatte. Sie sagte aber nichts von der Einnahme der Tabletten. Sie weiß nicht, wie sie gerettet wurde.

Ihr letzter Selbstmordversuch war vor einem dreiviertel Jahr. Damals war sie in einem Internat vom Leiter ungerecht beschuldigt und geohrfeigt worden. Da hatte sie eine "Stinkwut" bekommen und sich gesagt "Alter Esel, wirst schon sehen, was fürchten ist".
Sie sagte, damals habe sie die Tabletten genommen, um den Internatsleiter zu treffen, dieses Mal wollte sie durch den Selbstmord einfach den Problemen entgehen.
Katrin hat einen 16jährigen Freund, mit dem sie sich gut versteht.
Sie meint, die Schule wäre schon zu verkraften, wenn nur die häuslichen Probleme nicht wären.
Auf die Frage, ob sie froh sei, noch am Leben zu sein, sagt sie "teils, teils. Ich bin dann froh, w e n n kein Gerichtsvollzieher mehr kommt".
Sie meint nach ihrem Tode hätte ihr eben alles egal sein können. Sie vermag auch nicht so recht an eine Lösung der Probleme zu glauben.
Ob sie den Versuch nochmals wiederholen wird, hängt von den Verhältnissen ab. "Das hab ich natürlich dem Dr. X. nicht gesagt, sonst käme ich nach Haar."

## 4.7.2.3. KARL W., (28), OHNE BERUF, 2. SELBSTMORDVERSUCH, (FALL 50 a)

Karl W. ist der Mittlere von 3 Kindern. Er stammt aus einer sehr leistungsorientierten Familie des gehobenen Mittelstandes.
Der Vater, der selbst 12 Stunden am Tag arbeitete, erwartete, daß der Sohn studieren würde. Die Mutter litt ständig unter Kopf- und Rückenschmerzen und konnte wenig Interesse für ihre Kinder zeigen.
Die Eltern hatten weder Freunde noch Bekannte und auch er durfte keine Schulfreunde mit nach Hause bringen. Alles wurde ihm von zu Hause "aufdiktiert".
Karl W. wollte eigentlich Fotograph werden, fand aber keine Lehrstelle. Die Berufsfachschule beendete er nicht.
Er verdiente seinen Unterhalt als Fahrer bei einem Verlag, bis er vor 1 1/2 Jahren unter Alkoholeinfluß einen Unfall verschuldete und ihm daraufhin der Führerschein für 5 Monate entzogen wurde. Von da an ging es mit ihm bergab. Er arbeitete nur mehr sporadisch und hatte keine feste Unterkunft mehr. Er wohnte bei Bekannten, denen er dann auch "auf die Nerven ging". Er wurde zunehmend kontaktärmer und bekam immer größere Hemmungen vor Menschen. Zum Alkoholmißbrauch kam der Mißbrauch von Pharmaka. Eine begonnene Psychotherapie wurde durch die Versetzung des Therapeuten abgebrochen.
Zur Zeit arbeitet Herr W. als Küchenhelfer mit Unterkunft: "Nichts Menschenwürdiges".
Seine Schulden sind inzwischen beträchtlich hoch. Zum Auslöser für den Selbstmordversuch wurde der Brief einer Versicherung, die in Zusammenhang mit seinem damaligen Unfall noch eine Nachzahlung von 5000,-- DM forderte.
Nach einer durchgrübelten Nacht mietete er sich in einer Pension ein, um sich nochmals einen schönen Tag zu machen und dann aus dem Leben zu scheiden.
Er schrieb einen Abschiedsbrief an seine Eltern. Er hatte gehofft, daß er nach 10 Stunden tot sein würde; die Putzfrau, die am nächsten Morgen kam, fand ihn aber noch am Leben.

Auf die Frage, ob er froh sei, noch am Leben zu sein, meint er: "Halb und halb, phasenweise".
Er kann sich auf nichts freuen. Er kennt kein Mädchen. Die letzte Freundin, die er liebte, verließ ihn 1976 wegen seiner Berufslosigkeit. Er leidet unter seinem Nichtstun, seiner Antriebslosigkeit und würde gerne nochmals eine Therapie beginnen. Sie sollte ihm allerdings "vermittelt" werden.

Beim letzten Selbstmordversuch vor 1 1/2 Jahren war er richtig "sauer", daß er gerettet worden war. Diesmal ist es besser, weil mehr mit ihm geredet wurde. Er fühlt sich dadurch nicht mehr so allein mit seinen Problemen.

## 4.7.3. DIE "NICHT-FROHEN"

### 4.7.3.1. ELISABETH T., (31), ANGESTELLTE, 3. SELBSTMORDVERSUCH, (FALL 52 a)

Elisabeth T. wurde unehelich geboren und von der Mutter immer wieder an andere Pflegeplätze gegeben. Die Mutter meinte "Abwechslung täte ihr gut". Immer wenn Fräulein T. sich gerade eingewöhnt hatte, mußte sie wieder weg.
Die Mutter heiratete später einen Mann, der das Kind nicht im Hause haben wollte. Als sie 17 war, vergewaltigte sie dieser Stiefvater. Da verübte Fräulein T. ihren 1. Selbstmordversuch.
Den 2. Selbstmordversuch unternahm Fräulein T., als ihr Verlobter sich einen Monat vor der Hochzeit von ihr trennte. Er wanderte aus und hinterließ ihr beträchtliche Schulden, da sie gemeinsam mit ihm Schuldscheine unterzeichnet hatte.

Vor 2 Jahren lernte sie einen 10 Jahre jüngeren Mann kennen, der ihr eine große Stütze wurde. In dieser Zeit nahm sie weder Hasch noch Alkohol.

Seine Eltern zwangen ihn nun, sich von ihr zu trennen. Damit verlor sie ihren seelischen Halt. Sie sagte sich, daß sie ohne seine Hilfe nicht existieren könne.
2 Tage vor dem Selbstmordversuch war das entscheidende Gespräch, bei dem er ihr sagte, daß er sich von ihr trennen müsse. Sie entschloß sich, aus dem Leben zu gehen. Sie schrieb Abschiedsbriefe, traf Anordnungen für ihr Begräbnis.
Nachdem sie die Tabletten genommen hatte, rief sie ihn nochmals an. Sie sagte zwar nichts von dem Selbstmordversuch, doch er merkte ihrer Stimme an, daß etwas vorgefallen war. Er rief sofort die Nachbarin an, die die nötigen Rettungsmaßnahmen einleitete.
Der Freund besuchte sie im Krankenhaus und machte ihr wieder Hoffnung. Da war sie drei Tage lang froh, noch am Leben zu sein.
Dann rief er wieder an und erklärte ihr, daß alles endgültig zu Ende sein müsse.
Fräulein T. sagt, daß sie lieber tot wäre, weil sie nicht weiß, wie es weitergehen soll. Sie meint, wenn ihre allgemeine Lage besser wäre, wenn der Schuldenberg, den ihr der Verlobte hinterlassen hatte, nicht wäre, dann könnte sie diese Liebesenttäuschung leichter ertragen. "Aber so ist es zu viel, der Gerichtsvollzieher wartet."
Sie bedauert sehr, daß sie den Freund angerufen hat, weil sie dadurch gerettet wurde.
Fräulein T. hat keine Freunde und keine Bekannten. Sie sagt, sie sei von allen nur ausgenützt worden.

### 4.7.3.2. ULRICH G., (50), ANGESTELLTER, 2. SELBSTMORDVERSUCH, (FALL 21)

Ulrich G. wurde unehelich geboren und wuchs bei den Großeltern auf. Die Mutter hatte er mehr als "Tante" erlebt, zeitweise hatte er auch wirklich geglaubt, sie sei seine Tante.

Der Großvater war ein gutmütiger Mann, die Großmutter eher vergrämt. Herr G. beurteilt seine Kindheit aber als positiv, da er sehr viel Freiheit und Bewegungsmöglichkeit hatte.
Beruflich hat Herr G. insofern Schwierigkeiten als er nicht - wie üblicherweise zu erwarten gewesen wäre - befördert wurde. Für sein Selbstwertgefühl bedeutete dies eine sehr schwere Kränkung.
Herr G. ist seit 25 Jahren verheiratet und hat 3 erwachsene Kinder. Seine Frau war der "Anlaufpunkt, die ordnende Hand" in seinem Leben. Er hatte sein Leben, wie er sagte, ganz auf die Existenz seiner Frau gegründet.
Als er 1972 erfuhr, daß seine Frau ihn betrog, unternahm er seinen 1. Selbstmordversuch. Nun hat seine Frau seit einem 3/4 Jahr wieder einen Freund. Seit diesem Zeitpunkt beschäftigen Herrn G. wieder Selbstmordgedanken.
Herr G. sieht keinen Sinn mehr im Leben. Er war an die Partnerschaft mit seiner Frau gewöhnt und fühlt sich "völlig allein auf der Welt", wenn seine Frau ihn verläßt. Außerdem erscheint ihm eine Scheidung auch wegen des Versorgungsausgleichs untragbar.
Besonders bedrückend fand Herr G., daß seine Frau ihn ständig belog. Sie hat ihn "für dumm verkauft".
Am Tag des Selbstmordversuchs hatte er bei einer Ärztin von 8 - 12 Uhr gewartet. Als er endlich an der Reihe war, hatte die Ärztin nur 10 Minuten Zeit für ihn. Dies machte ihn, nach seinen Aussagen, völlig fertig.
Als er heimkam, nahm er Valium, um ruhiger zu werden. Er wußte, daß seine Frau bei ihrem Freund war.
Er grübelte den ganzen Nachmittag und nahm gegen 6 Uhr Tabletten. Er wollte sich die Pulsadern aufschneiden und hatte gehofft, daß er durch die Einnahme von Tabletten gelassener sein würde, aber er wurde so schwach, daß er das Aufschneiden der Pulsadern nicht mehr zustande brachte. Seine Frau fand ihn bewußtlos, als sie heim kam.
Das Erwachen war für ihn entsetzlich. Die Probleme sind jetzt noch größer geworden, da er dienstliche Konsequenzen wegen sei-

nes Selbstmordversuchs befürchtet.
Er hat Zukunftsängste und ist der Auffassung, daß der Arzt bei bewußtlosen Menschen, die einen Selbstmordversuch verübt haben, keinen Rettungsversuch unternehmen soll.

### 4.7.3.3. SIGRID D., (43), PFLEGERISCHER BERUF, 2. SELBSTMORDVERSUCH,(FALL 47 a)

Sigrid D. war die Mittlere von 9 Geschwistern. Sie stammt aus einem streng puritanischen Elternhaus, der Vater war Vorstand einer religiösen Gemeinde. Sie lernte früh, daß "die Welt ein Jammertal und alles sündhaft war". Es gab keinen Kinobesuch, kein Karussellfahren.
Man konnte nicht mit den Eltern reden, sondern nur mit ihnen beten. So wollte sie Diakonissin werden, ganz Gott geweiht.

Es gab keinen Streit in der Familie, aber auch keine Zärtlichkeit.
Da sie begabt war, schlug der Lehrer vor, sie auf die höhere Schule zu schicken. Die Mutter aber meinte, daß für ein Mädchen die Volksschule genüge. Fräulein D. ist der Ansicht, daß ihre Erziehung ihr "grundsätzlich das Leben verbaut habe".

Wegen ihrer Depressionen war sie vor 3 Jahren bei einem Psychoanalytiker in Behandlung, bei dem sie sich zum ersten Mal richtig angenommen und glücklich fühlte. Sie machte große Fortschritte in der Therapie, hatte ihre ersten sexuellen Kontakte zu Männern und zog in die erste eigene Wohnung. Sie begann "richtig zu leben". Als der Therapeut starb, verübte sie einen Selbstmordversuch.
Befriedigung fand sie in ihrem Beruf, bis sie vor einigen Wochen wegen eines Leidens, das mit kurzen Bewußtseinsausfällen verbunden ist, ihren Beruf aufgeben mußte. Sie übt nun eine Tätigkeit aus, die ihr keine Freude macht.

Auch die Beziehung zu ihrem Freund, der arbeitslos und schwer depressiv ist, ist schwierig und wenig hilfreich.
Sie begann nun seit einiger Zeit, sich "stückweise von der Welt zu lösen". Sie las nichts mehr und gab auch ihre sonstigen Interessen wie Töpfern, Malen, Klavierspielen auf.
Es war nicht genau zu erfahren, wie lange vorher der Selbstmordversuch geplant war. 2 Tage?
Sie hatte schon seit einiger Zeit Angst, daß sie sich etwas antun könnte und ließ deshalb die Wohnung unordentlich, da sie wußte, daß sie es nur tun würde, wenn sie die Wohnung ordentlich hinterlassen hätte.
Dann räumte sie die Wohnung doch auf, schrieb Abschiedsbriefe, die sie in der Wohnung ließ. Einen der Abschiedsbriefe schickte sie ab und dieser wurde wahrscheinlich der Anlaß zu ihrer Rettung.
Sie fuhr in den Englischen Garten und vergiftete sich an einer einsamen Stelle mit Tabletten.
Sie hat noch den Wunsch, Selbstmord zu begehen, aber sie möchte nicht nochmals lebend gefunden werden. Sie würde am liebsten einen Zettel schreiben: "Nicht retten." Sie wäre lieber tot.
Nur eine Beziehung, die so tragfähig ist, wie die zu ihrem verstorbenen Therapeuten, könnte ihr helfen, aus ihrem Leben noch etwas zu machen.

## DISKUSSION

Wenn wir die Fallbeispiele vergleichen, so wird deutlich, daß sich die Gesamtsituation der Frohen deutlich von derjenigen der beiden anderen Gruppen unterscheidet.

- DIE "FROHEN"

Bei den Frohen zentriert sich die suizidauslösende Problematik vornehmlich auf e i n e n Konfliktbereich, z. B. auf einen Partner- oder Familienkonflikt (wenngleich im Fall 2 die Schuldgefühle wegen des Autounfalls sicher als zusätzliche Belastung zu sehen sind).
In allen drei Fällen ist der Leistungsbereich frei von Problemen.
Auffallend ist bei der Gruppe der Frohen, daß p o s i t i v e Aspekte des Lebens vorhanden sind und auch als solche erkannt werden, wie z. B. die Beziehung zu Freunden oder die Freude auf die Arbeit.
Die ä u ß e r e n Verhältnisse sind in allen Fällen g e o r d n e t . Es gibt keine finanziellen Probleme.

- "DIE FROHEN MIT EINSCHRÄNKUNG"

In 2 der 3 Fälle spielen f i n a n z i e l l e Probleme eine wichtige Rolle.
In allen drei Fällen ist der L e i s t u n g s b e r e i c h gestört, was sich in der schulischen bzw. beruflichen Problematik zeigt.
In allen Fällen ist die suizidale Problematik n i c h t auf e i n e n Lebensbereich beschränkt. Als schwere Belastungen werden die i n t r a p s y c h i s c h e n Probleme in Form von Insuffizienzgefühlen, Versagensängsten (Fall 1), Antriebsmangel und Kontaktarmut (Fall 50 a) empfunden.

Alle drei sind nicht sicher, daß ihre Probleme zu lösen sind bzw. haben Angst vor der Zukunft.

- DIE "NICHT-FROHEN"

Wir finden hier wie schon bei der Gruppe der Frohen mit Einschränkung Probleme im b e r u f l i c h e n bzw. f i n a n z i e l l e n Bereich, zu denen sich noch Partnerprobleme addieren.
Es gibt keine befriedigenden Lebensbereiche, in denen ein Ausgleich und eine emotionale Hilfe für die aktuelle Belastungssituation gefunden werden könnte.
Zukunftsängste und Hoffnungslosigkeit beherrschen den Suizidanten, der eine Änderung seiner derzeitigen Situation nicht mehr erwartet.

## 4.8. GEMEINSAMKEITEN VERSCHIEDENER FÄLLE

Wir wollen im folgenden Gemeinsamkeiten verschiedener Fälle beschreibend darstellen, die uns - wenn sie sich auch wegen ihrer geringen Häufigkeit für keine statistische Erfassung und Auswertung eignen - doch für das Verständnis der Suizidhandlung im Einzelfall durchaus relevant erscheinen.

### 4.8.1. WIEDERHOLUNG FRÜHERER TRAUMEN ALS ANLASS ZUM SELBSTMORDVERSUCH

Mehrere Patienten berichteten uns spontan, daß sie die gegenwärtige Situation besonders deshalb so unerträglich fanden, da sie eine Wiederholung einer ähnlichen bereits früher erlittenen unerträglichen Situation darstellte. (Vgl. Abraham 1924, Ringel 1953)
Auch aus den einzelnen Krankengeschichten ist immer wieder zu ersehen, daß es dieselben Anlässe sind, wenn ein Selbstmordversuch wiederholt wird.

FALL 1 a

Anlaß für den Selbstmordversuch war die Mitteilung der Strafvollzugsbehörde an die Patientin (32), zum Antritt einer Haftstrafe zu erscheinen.
Sie hatte solche Angst vor dem "Eingesperrtsein", da es für sie eine Wiederholung von schrecklichen Kindheitserlebnissen bedeutete. Sie war als Kind häufig eingesperrt und dabei von ihren Ängsten überflutet worden.

FALL 22 a

Der Patient (22) verübte einen Selbstmordversuch, als seine Freundin einen anderen Mann kennenlernte.
Da ihm die gleiche Situation schon im Jahr vorher passiert war, empfand er sich als Versager. Er hatte auch im vorhergehenden Jahr, als er von der Freudin verlassen wurde, einen Selbstmordversuch unternommen.
Sein erstes schreckliches Verlusterlebnis war die Scheidung seiner Eltern, bei der er erst 6 Jahre alt war.

FALL 25 a

Die Patientin (30) fühlte sich in ihrer Kinderzeit von ihren Eltern nur solange akzeptiert, als sie ein fröhliches Kind spielte. War sie nicht der "Wonneproppen", war sie traurig oder mißgestimmt, so wurde sie fallengelassen. Sie durfte nie sie selbst sein, sondern spielte immer den Familienclown.
Sie unternahm einen Selbstmordversuch, als ihr Freund sich in dem Augenblick von ihr löste, als sie ihre Depression ihm gegenüber zugab und versuchte, endlich einmal ohne Theaterspielen sie selbst zu sein.
Sie sagte, das habe genau die Situation ihrer Kinderzeit wiederholt und sie deshalb besonders getroffen, da ihr das "Sie-selbst-sein" wieder verunmöglicht wurde.

FALL 10

Der Patient (10) unternahm einen Selbstmordversuch, weil er sich in der Bundeswehr unglücklich fühlte. Er litt unter der Trennung von seiner Freundin und unter dem "schrecklichen Befehlston". "Man fühlt sich minderwertig."
Die Bundeswehrzeit erlebte er als eine Wiederholung jener Zeit, wo er sich im Internat so besonders unglücklich gefühlt hatte, "weil er dort nur eine Nummer gewesen war". Er war wegen der Scheidung seiner Eltern in ein sehr strenges Internat gekommen.

FALL 18 a

Die Patientin (19) hatte seit der Scheidung der Eltern, d. h. nach dem Verlust des Vaters Selbstmordgedanken.
Sie verübte einen Selbstmordversuch, als sie glaubte, den Freund verloren zu haben. Sie sagt, sie könnte es nochmals tun. Als Auslöser könnte genügen, wenn der Freund z. B. wegen Arbeitsüberlastung zu wenig Zeit für sie erübrigen würde.

FALL 21 (geschildert als Ulrich G.)

Der Patient (50) unternahm seinen 1. Selbstmordversuch, als seine Frau ihn zum ersten Mal betrog, den 2. als seine Frau wieder einen neuen Liebhaber hatte.

FALL 59 a

Ähnlich wie im Fall 10 geschildert, erlebte der Patient (22) die Zeit in der Bundeswehr als eine Wiederholung jener Jahre im Internat, wo er auch "so verzweifelt gewesen war und einen totalen Zusammenbruch erlitten hatte".
Der Anlaß zum Selbstmordversuch war die ihm als unerträglich erscheinende Situation in der Bundeswehr.

## 4.8.2. DER SELBSTMORDVERSUCH ALS GOTTESURTEIL

Die von Stengel (1969 a; vgl. 3.2.2. in dieser Arbeit) beschriebene Ambivalenz des Suizidanten und die daraus resultierende Situation des "Gottesurteils" fanden wir sowohl durch die Aussagen vieler Suizidanten als auch durch das eine Rettungsmöglichkeit offen lassende Arrangement vieler Selbstmordversuche bestätigt.
Viele Suizidanten sind geneigt, die Entscheidung über ihr Leben oder Sterben dem Zufall, dem Schicksal oder einer anderen imaginären Macht zu überlassen, da ihre eigene Ambivalenz eine eindeutige Entscheidung für oder gegen das Weiterleben nicht zuläßt.

FALL 5 a

Patient (41) dachte nach der Einnahme von Schlaftabletten: "Entweder gehst hin oder nicht."

FALL 6 a

Patientin (36) äußerte, es sie ihr alles egal gewesen, sie hätte auch in Kauf genommen zu sterben.

FALL 10 a

Patient (31) nimmt die Tabletten, informiert die Freundin, geht ins Grüne, wo er bewußtlos zusammenbricht. Er hatte aber gehofft, daß die Freundin die Rettung alarmiert.

FALL 3

Patient (21) drückt das ambivalente Gefühl, das er nach der Einnahme der Tabletten empfand, mit den Worten aus: "Blödes Gefühl, daß alles aus ist, gutes Gefühl, daß alles aus ist."

FALL 24 a

Patientin (18) sagt, sie wollte eigentlich gar nicht sterben, sondern nur ein paar Tage abschalten. Sie habe allerdings in Kauf genommen, daß es "schief" gehe.

FALL 36 a

Patient (32) sagte, er wollte "den Ausgang dem Schicksal überlassen".

FALL 35 a

Patient (13) antwortete auf die Frage, ob er wirklich sterben wollte: "Auf der einen Seite ja, auf der anderen Seite nicht."

FALL 41 a

Patient (46) antwortete auf die gleiche Frage "Es war mir egal".

FALL 18

Patient (24) sagte, er konnte sich zwar ausrechnen, daß 10 Schlaftabletten nicht ausreichen würden, aber er hatte nicht mehr.

FALL 22

Patient (38) versuchte sich zu erhängen, hoffte aber, daß die Ehefrau ihn davon abhalten würde. Wenn sie es nicht getan hätte, hätte er den Selbstmordversuch zu Ende geführt.

FALL 39

Patient (41) versuchte vor seinem sehr ernsthaften Selbstmordversuch bei seiner Frau zu Hause anzurufen. Er sagte sich: "Wenn sie 3 x nicht dran geht, dann mach ich es." Er verlängerte sogar die Frist auf 5 x. Die Ehefrau meldete sich nicht.

FALL 49 a

Patientin (23) überließ die Entscheidung dem Telefonanruf des Freundes: "Wenn er bis 12 Uhr nicht anruft, mach' ich Schluß."

FALL 27

Das Urteil zum Weiterleben wird angenommen:
Die Patientin (62) ist nicht froh, daß sie noch am Leben ist, würde aber keinen weiteren Selbstmordversuch unternehmen: "Man kann nicht sterben, wenn die Zeit nicht da ist."

FALL 58 a

Die Patientin (30) ist ebenfalls nicht froh, daß sie gerettet wurde, aber auch sie würde keinen neuen Selbstmordversuch machen, da sie zurückgeholt worden ist: "Das war eine Art Entscheidung von außen."

## 4.8.3. WUNSCH NACH WIEDERVEREINIGUNG MIT EINEM VERSTORBENEN

Der Wunsch nach Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen wird zwar nur 1 x als Selbstmordmotiv genannt, aber in einigen Fällen als eine mit den Selbstmordgedanken einhergehende Phantasie beschrieben.
In 2 Fällen war die betreffende Person kurz vorher verstorben.

FALL 4

Ein Bruder des Patienten (33, homosexuell) hatte vor 3 Jahren Selbstmord verübt. Der Patient hatte den Bruder sehr geliebt und war von dessen Selbstmord tief erschüttert. Er fand aber, daß es der Bruder nun besser habe als er selbst. Er hoffte, daß der Bruder ihn im jenseitigen Leben erwarten und sagen würde "Jetzt bist Du da".

FALL 57 a

Vor kurzem war eine Tante der Patientin (59), die für sie ein "Stück Mutter" gewesen war, gestorben. Die Patientin hatte "nun so Gedanken", daß sie lieber bei der Tante wäre.

FALL 4 a

Die Patientin (77) fühlte sich nach dem Tod der Schwester vereinsamt und wollte wieder mit ihr vereint sein.

FALL 34

Der Patient (22) hatte sich gesagt: "Wenn ich es hinter mir habe, dann komme ich dahin, wo meine Mutter ist." Er hatte

am Tag des Selbstmordversuchs besonders viele Gedanken an seine Mutter gehabt, die vor 5 Jahren verstorben war. Er wollte bei der Mutter Geborgenheit finden.

### 4.8.4. GRÖSSENPHANTASIEN

Die von Henseler (1974) beschriebenen Größenphantasien narzißtisch gestörter Persönlichkeiten wurden von mehreren Patienten ganz spontan geäußert. Als wir uns diese Fälle genauer ansahen, stellten wir fest, daß alle diese Patienten unter einer Realität zu leiden hatten, die ihr Selbstwertgefühl stark beeinträchtigen mußte.

FALL 39 a

Der Patient (59) äußert, daß er sich angewöhnt habe, "der beste Mann zu sein". Er handle stets nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip.
Seine gegenwärtige Situation ist bestimmt durch Arbeitslosigkeit. Wegen seines Alters ist seine Hoffnung auf eine ihm entsprechende Tätigkeit gering.

FALL 13 a

Die Patientin (40) betont, daß sie immer im Mittelpunkt sein wolle. Sie versuche das zu rechtfertigen, indem sie etwas besonderes leistet.
Ihre Realität ist geprägt durch ihren Alkoholismus, von dem sie sich nicht befreien kann. Sie schämt sich ihrer Schwäche.

FALL 4

Patient (33) sagt ebenfalls, daß er gerne im Mittelpunkt sein möchte und gerne "das Beste vom Besten" leisten würde.
Er ist derzeit arbeitslos und war seit Jahren nicht im erlernten Beruf tätig.

FALL 1 a

Die Patientin (32) glaubt, sie müsse "perfekt sein oder gar nicht".
Sie ist seit Jahren arbeitslos und erwartet eine Gefängnisstrafe wegen Scheckbetrugs.

FALL 6 a

Die Patientin (36) hat das "Bedürfnis, alles perfekt zu machen", damit niemand an ihr Kritik üben kann.
Sie ist Alkoholikerin.

FALL 24 a

Die Patientin sagt, sie habe "geheime Größenphantasien", sie müsse entweder ganz gut sein oder sie breche ab.
Realität: Sie fiel in der mündlichen Abschlußprüfung beim qualifizierten Abschluß durch (d. h. sie brach ab, als sie ihre an sich selbst gestellten Erwartungen nicht erfüllte). Im schriftlichen Teil hatte sie tatsächlich das beste Zeugnis der Klasse erhalten. Zur Zeit ist sie arbeitslos. Sie hat Angst vor einer Lehrstelle, weil diese wieder mit einer Prüfung verbunden wäre.

FALL 1

Der Patient (21) formulierte die Beziehung zwischen Realität und Größenphantasien folgendermaßen: Je schlechter er sich fühlt, desto glorifizierter wird seine Traumvorstellung. Realität: Totales Versagen am Arbeitsplatz.

## 4.8.5. SELBSTMORD ODER SELBSTMORDVERSUCH IN DER FAMILIE UND IM FREUNDESKREIS

Bei einer Anzahl (20 %) der von uns untersuchten Suizidanten fanden sich Selbstmorde oder Selbstmordversuche in der Familie, zu der wir auch den jeweiligen Lebenspartner zählten.

Im Freundeskreis von 30 % der Suizidanten waren Selbstmorde oder Selbstmordversuche verübt worden.
Wir wissen nicht, inwieweit derartige Vorkommnisse induzierend auf die Suizidanten gewirkt haben. Die folgenden Fallbeispiele sollen aber deutlich machen, daß ein Zusammenhang zwischen dem Selbstmordversuch der von uns befragten Suizidanten und suizidalen Handlungen eines ihnen Nahestehenden nicht ausgeschlossen werden kann, in manchen Fällen sogar evident erscheint.

Ein 40jähriger Patient (Fall 3 a), für den das Verlassenwerden von der Ehefrau zum Anlaß für den Selbstmordversuch wurde, erzählte, daß sein um 2 Jahre jüngerer Bruder sich aus dem gleichen Anlaß erhängt hatte.

Ein 59jähriger Patient (Fall 39 a), der über seinen beruflichen und finanziellen Abstieg nicht hinwegkam, sagte, daß sein Vater Selbstmord begangen habe, als er sein Vermögen verlor.

Eine 61jährige Patientin (Fall 38) hatte im Alter von 14 Jahren ihre Großmutter, bei der sie aufgewachsen war, durch Selbstmord verloren. Sie kam deshalb zu fremden Leuten.

Die Mutter einer 31jährigen Patientin (Fall 52 a) hatte mehrere Selbstmordversuche gemacht, die von der Patientin "als Hilferufe" verstanden worden waren.

In der Familie einer 40jährigen Patientin (Fall 13 a) hatte die Mutter sehr ernsthaft mit Selbstmord gedroht, die Schwester einen Selbstmordversuch verübt.

Ein 33jähriger Patient (Fall 4) hatte sowohl seinen sehr bewunderten und geliebten Bruder als auch seinen (homosexuellen) Freund durch Selbstmord verloren.

Ein 23jähriger Patient (Fall 54 a) hatte vor 3 Jahren seine Verlobte durch Selbstmord verloren.

Ein 51jähriger Patient (Fall 44 a), dessen Ehe zur Zeit sehr konfliktreich ist, erinnerte sich, daß bei der letzten Ehekrise seine Ehefrau einen Selbstmordversuch unternommen und die Ehe sich daraufhin wieder normalisiert hatte.

Die beste Freundin einer 22jährigen Patientin (Fall 24) war vor 1 1/2 Wochen durch Selbstmord gestorben. Die Patientin fühlte sich mitschuldig am Tod der Freundin, da sie den Selbstmord nicht hatte verhindern können. Sie deklarierte ihren eigenen Selbstmordversuch als "Selbstbestrafung".

Aber nicht nur Suizidhandlungen, sondern auch Suiziddrohungen Nahestehender können einen destruktiven - und eventuell suiziderleichternden - Einfluß ausüben.

Eine 30jährige Patientin (Fall 25 a) war durch die ständigen Selbstmorddrohungen ihres Freundes zermürbt worden. Sie sah ihn vor der Schlinge stehen, als er sich erhängen wollte.

Der Ehemann einer 32jährigen Patientin (Fall 7 a) hatte nach finanziellen Schwierigkeiten sehr ernsthaft seinen Selbstmord angekündigt. Sie lebte nun in ständiger Angst, ihren Mann nicht mehr am Leben zu finden, wenn sie am Abend heimkam.

Eine 36jährige Patientin (Fall 6 a) erinnert sich an ihre Kinderzeit:
Ihre Mutter hatte so oft mit Selbstmord gedroht, daß die Patientin immer, wenn die Mutter spät nach Hause kam, Angst haben mußte, die Mutter habe sich etwas angetan.

Eine 14jährige (Fall 32 a) erzählt, daß in der Schule zur Zeit sehr viel von Selbstmord geredet wird. Eine Woche vor ihrem eigenen Selbstmordversuch hatte eine Klassenkameradin sie angefleht: "Hilf mir, sonst bring ich mich um."
Sie selbst unternahm ihren Selbstmordversuch gemeinsam mit ihrer Freundin.

### 4.8.6. POSITIVE ERLEBNISSE AUFGRUND DES SELBSTMORDVERSUCHS

Manchem Patienten gelingt es, durch den Selbstmordversuch direkt die belastende Situation, die Anlaß für die Suizidhandlung war, zu verändern.
Andere Patienten erhalten nach dem Selbstmordversuch vermehrte Anteilnahme und Kontaktangebote aus ihrer nächsten Umgebung, was sie selbst dann als sehr hilfreich erleben, wenn die Beziehung zu der den suizidalen Konflikt auslösenden Person unverändert bleibt.
Die vermehrte Zuwendung, die ein Suizidant im allgemeinen erhält, leitet Stengel (1962, 1965) von den Schuldgefühlen her, die der Selbstmordversuch selbst dann in den Mitmenschen weckt, wenn sie sich nicht unmittelbar für den Versuch ver-

antwortlich fühlen. Die Rettungs- und Hilfsaktion der Umgebung entspringt nach Stengel zum größten Teil einem individuellen und kollektiven Schuldgefühl.

Oft wird aber auch der Selbstmordversuch selbst - ohne daß die eigentliche Belastungssituation verändert oder die mitmenschlichen Beziehungen verbessert wurden - zu einem aufrüttelnden Erlebnis, zu einer zentralen Erfahrung, die die Bedeutung des Selbstmordanlasses relativiert und das Weiterleben erträglicher macht.

### 4.8.6.1. POSITIVE ERLEBNISSE NACH DEM SELBSTMORDVERSUCH

Ein Patient (19, Fall 35) stellt fest, daß "der Selbstmordversuch kein Schmarrn war", weil er dadurch von der Bundeswehr frei kommt. Für ihn war die ihm unerträglich scheinende Situation in der Bundeswehr der Anlaß zum Selbstmordversuch gewesen.

Ähnlich äußert sich auch ein 21jähriger Patient (Fall 19 a), der den Selbstmordversuch als eine "Handlung, die Veränderung bewirkt", bezeichnet; denn eventuell werde er nun aus der Bundeswehr entlassen.

Der 22jährige Patient (Fall 22 a), der sich mit seiner Freundin wieder versöhnt hat, findet nun alles wieder "o.k.".

Die 17jährige (Fall 23 a), die den Selbstmordversuch unternahm, weil sie den Eltern "einen Schock einjagen wollte", hofft, daß sich die Eltern bessern werden und plant, von zu Hause auszuziehen und mit einer Freundin zusammen eine Wohnung zu nehmen. Sie erwartet, daß die Eltern aufgrund des Selbstmordversuchs dazu ihre Zustimmung geben werden.

Einer 41jährigen Patientin (Fall 11) kam erst nach ihrem Selbstmordversuch zum Bewußtsein, wie sehr ihr Mann und ihr Sohn sie brauchen.

Ein 21jähriger Patient (Fall 1) fand nach dem Selbstmordversuch erstmals Kontakt zu seinem Vater und erlebte zum ersten Mal, von diesem angenommen zu werden. Bisher hatte sich der Vater vom Sohn bedroht gefühlt, der Sohn hatte nur Furcht und Haß gegenüber dem Vater empfunden.

Eine 23jährige Patientin (Fall 53 a) stellt fest, daß ihre Eltern ihr nach der Trennung von ihrem Partner eine große Hilfe sind. Wenn die Eltern nicht so zu ihr stünden, wäre sie nicht froh, am Leben zu sein.

Ein 17jähriger Patient (Fall 29) sagt, daß eine große Veränderung der problematischen Situation (Schwierigkeiten in der Ausbildung) für ihn darin besteht, daß die Eltern nun von seinen Schwierigkeiten wissen, was für ihn eine große Entlastung bedeutet.

Eine Patientin (18, Fall 24 a) glaubt, daß sie in ihrer Wohngemeinschaft nach dem Selbstmordversuch mehr Verständnis finden wird.

Der 13jährige (Fall 35), der aus Liebeskummer einen Selbstmordversuch mit Lötwasser unternahm, fand bereits eine neue Freundin in einer Klassenkameradin, die ihn im Krankenhaus besuchte.

Eine 27jährige Patientin (Fall 6) konnte erst nach dem Selbstmordversuch mit dem Vater "gut reden".

Eine 21jährige (Fall 30) findet ihre Lage nach dem Selbstmordversuch insofern verändert, als man jetzt in der Klinik mehr mit ihr redet.

Auch eine 35jährige Patientin fühlt sich nach dem letzten Selbstmordversuch besser als nach dem ersten, da dieses Mal mehr mit ihr "geredet wurde".

Erst nach ihrem Selbstmordversuch hat eine 23jährige Patientin (Fall 49 a) erfahren, daß mehr Leute für sie Interesse haben, als sie erwartet hatte. Die Reaktionen der Bekannten haben ihr gezeigt, daß sie froh sind, daß sie noch am Leben ist.

Auch eine 30jährige Patientin (Fall 58 a) hat mehr neuen Lebensmut, weil sie von Bekannten mehr Anteilnahme erfahren hat, als sie erwartet hatte.

Eine 59jährige Patientin (Fall 57 a) hat deshalb mehr Mut zum Leben, weil sie "die Situation in der Klinik noch schlechter" findet als draußen. Sie stellte fest, daß es ihr noch schlechter gehen könnte, was zu einer Relativierung der problematischen Situation beitrug, die zum Selbstmordversuch geführt hatte. Außerdem haben ihre Verwandten der Tante, die sie durch ihr Nörgeln so gequält hatte, "ins Gewissen geredet", d. h. sie hat von den Verwandten Hilfe und Unterstützung erfahren.

## DISKUSSION

Aus den zitierten Fällen wird klar ersichtlich, daß die in allen Selbstmordversuchen - wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß vorhandene - Appelltendenz von der Umwelt verstanden und auch sehr oft positiv beantwortet wird. Selbstmord und Selbstmordversuch bedeuten immer eine Konfrontation mit dem Tod. Die Möglichkeit des Verlusts weckt in Angehörigen und Freunden starke - oft durch andere Probleme unterdrückte -

Einer 41jährigen Patientin (Fall 11) kam erst nach ihrem Selbstmordversuch zum Bewußtsein, wie sehr ihr Mann und ihr Sohn sie brauchen.

Ein 21jähriger Patient (Fall 1) fand nach dem Selbstmordversuch erstmals Kontakt zu seinem Vater und erlebte zum ersten Mal, von diesem angenommen zu werden. Bisher hatte sich der Vater vom Sohn bedroht gefühlt, der Sohn hatte nur Furcht und Haß gegenüber dem Vater empfunden.

Eine 23jährige Patientin (Fall 53 a) stellt fest, daß ihre Eltern ihr nach der Trennung von ihrem Partner eine große Hilfe sind. Wenn die Eltern nicht so zu ihr stünden, wäre sie nicht froh, am Leben zu sein.

Ein 17jähriger Patient (Fall 29) sagt, daß eine große Veränderung der problematischen Situation (Schwierigkeiten in der Ausbildung) für ihn darin besteht, daß die Eltern nun von seinen Schwierigkeiten wissen, was für ihn eine große Entlastung bedeutet.

Eine Patientin (18, Fall 24 a) glaubt, daß sie in ihrer Wohngemeinschaft nach dem Selbstmordversuch mehr Verständnis finden wird.

Der 13jährige (Fall 35), der aus Liebeskummer einen Selbstmordversuch mit Lötwasser unternahm, fand bereits eine neue Freundin in einer Klassenkameradin, die ihn im Krankenhaus besuchte.

Eine 27jährige Patientin (Fall 6) konnte erst nach dem Selbstmordversuch mit dem Vater "gut reden".

Eine 21jährige (Fall 30) findet ihre Lage nach dem Selbstmordversuch insofern verändert, als man jetzt in der Klinik mehr mit ihr redet.

ches besser machen. An sich selbst arbeiten. Sich nicht so sehr von anderen gefangennehmen lassen." (Patient, 33, Fall 35 a)

Ein Patient, 41, (Fall 39) hat sich mit der Situation, die unverändert blieb, abgefunden und mehr neuen Lebensmut; denn "allein das Erlebnis des Wiedererwachens war ungeheuer."

Eine Patientin, 30, (Fall 58 a) sagt: "Es war ein einschneidender Punkt, es beginnt ein neues Leben."

Auch eine 31jährige Patientin (14 a) bezeichnet das Leben nach dem Selbstmordversuch als "einen neuen Anfang".

Eine Psychotikerin, 24, (Fall 14; schizo-affektive Psychose) erlebt nach ihrem Selbstmordversuch eine "Sinnesänderung", die sie ins Religiöse deutet: "Gott hat mir gezeigt, daß ich in die Irre gegangen bin und daß er mir gnädig ist."

Ein Psychotiker, 24, (Fall 18; paranoide Schizophrenie), sagt, daß er nach dem Selbstmordversuch entscheidungsfreudiger geworden sei.

## DISKUSSION

Die Tatsache, daß derjenige Suizidant mehr Mut zum Leben hat, nach dessen Selbstmordversuch die belastende Situation beseitigt oder wenigstens erleichtert wurde, bedarf keiner Erläuterung.

Ebenso einleuchtend erscheint, daß die vermehrten Kontaktangebote Nahestehender helfen können, die bisher unerträglich scheinende Belastung zu relativieren und ihr einen anderen Stellenwert im Rahmen des allgemeinen Lebensgefühls einzuräumen.

Zu diskutieren bleibt: warum kann die Suizidhandlung an sich - ohne daß sie irgendwelche verändernde Effekte auf die auslösende Belastungssituation oder auf die engsten Bezugspersonen zur Folge hatte - zu einer positiveren Einstellung dem Leben gegenüber führen?

Wenn auch in der Literatur Einstimmigkeit darüber besteht, daß die Rezidivgefahr um so größer ist, je weniger sich die den Selbstmordversuch auslösende Situation geändert hat (v. Schlieffen 1969, Stengel 1958, Stengel 1965, Sperling 1972, Hofmann 1971), so ist doch allgemein das Phänomen bekannt, daß nach dem Selbstmordversuch eine - wenn auch oft nur vorübergehende - positive Änderung des Lebensgefühls eintreten kann.
Ehebald (1966) spricht von der "postsuizidalen affektiven Ausgeglichenheit", die bei vielen (nach seiner Feststellung bei "fast allen") Suizidanten nach einem mißglückten Selbstmordversuch festzustellen ist.
Die allgemeinen Erklärungsmöglichkeiten reichen von der Feststellung, das "Gewitter sei zur Entladung gekommen" (Ehebald, 1966) bis zur Thematik der "Entsühnung". (Bappert 1965)

Es liegt die Vermutung nahe, daß die suizidale Handlung selbst im Sinne einer Katharsis eine Abreaktion der - in den meisten Fällen vorhandenen - heftigen Affekte bewirkt. Die angestauten aggressiven Impulse werden in der gegen das eigene Selbst gerichteten Handlung entladen.

So stellten Shneidman & Farberow (1963) durch Testuntersuchungen (Rorschach, MMPI, TAT u. a.) fest, daß Personen, die nur Selbstmorddrohungen gemacht hatten, in den Testergebnissen mehr Anzeichen für Schuldgefühle, Aggression und Irritierbarkeit, d. h. mehr emotionale Störungen aufwiesen als Personen, die einen Selbstmordversuch hinter sich hatten. Diejenigen, die einen Selbstmordversuch gemacht hatten, glichen mehr den nichtsuizidalen Patienten.

Shneidman & Farberow schlossen daraus, daß der Selbstmordversuch selbst als therapeutische Abreaktion gewirkt hatte.

Die suizidale Handlung kann vom Suizidanten auch als eine Beendigung des Ausgeliefertseins an eine unerträgliche Belastung empfunden werden. So berichten manche Patienten, daß sie im Augenblick des Selbstmordversuchs ganz ruhig geworden seien. Die Möglichkeit, selbst den Konflikt zu beenden - sei es auch auf Kosten des eigenen Lebens - vermittelt dem Suizidanten das Gefühl eines aktiven Beherrschens der unerträglich gewordenen Situation.

Außerdem rückt nun die suizidale Handlung selbst in das Zentrum der Aufmerksamkeit, die vorher ganz von der Konfliktsituation absorbiert war. Es findet insofern eine Verschiebung des Bezugssystems statt.

Die Konfliktsituation erfährt eine neue Bewertung in ihrer Relation zum Tod.

Es dürfte allerdings kaum möglich sein, den intrapsychischen Effekt des Selbstmordversuchs von den Effekten, die der Selbstmordversuch auf die Lebensumstände des Patienten hat, zu trennen.
In allen von uns untersuchten Fällen war dem Selbstmordversuch bereits eine Veränderung der Lebenssituation gefolgt. Alle Patienten waren stationär in ein Krankenhaus aufgenommen worden, d. h. alle hatten den Konfliktort bzw. die Konfliktsituation verlassen, was bereits eine gewisse Distanzierungsmöglichkeit bietet. Alle Patienten hatten vermehrte Anteilnahme - wenn nicht von den Angehörigen -, so doch wenigstens von den behandelnden Ärzten und dem Krankenhauspersonal erfahren. Diese Akte der Umsorgung und der Verwöhnung, die dem Suizidanten bei seiner stationären Betreuung zuteil werden, interpretiert Henseler (1974) als Akte narzißtischer Zufuhr, die vom Patienten als Beweis für die Wichtigkeit sei-

ner Person empfunden werden. Diese Interpretation Henselers entspricht unserem, im Gespräch mit dem Suizidanten gewonnenen Eindruck. Für die Suizidanten war unserer Ansicht nach nicht nur die emotionale Entlastungsmöglichkeit durch die Aussprache ihrer Gefühle wichtig, sondern auch das aufmerksame und akzeptierende Zuhören der Autorin. So betonte eine Patientin, sie habe sich während des Interviews als "akzeptierter Mensch" gefühlt.
Die Stützung, die das Selbstwertgefühl des Suizidanten durch die ihm nach dem Selbstmordversuch zuteil werdende Aufmerksamkeit erfährt, dürfte wesentlich zu seiner positiveren Bewertung des Lebens beitragen.

## 4.9. KRITISCHE ANMERKUNG ZU UNSEREN UNTERSUCHUNGSERGEBNISSEN

Unsere Untersuchung ist mit all jenen Fehlern und Mängeln behaftet, die Untersuchungen kennzeichnen, deren Daten auf subjektiven Informationen beruhen.
Wir müssen sowohl bewußte als auch unbewußte Verfälschungstendenzen in Erwägung ziehen, so daß auch die statistisch exakt erscheinenden Berechnungen Fehlerquellen enthalten.

Eine weitere Fehlerquelle ist darin zu sehen, daß die von uns angestrebte Zufallsstichprobe - wie bereits erwähnt - durch die jeweilige Bereitwilligkeit des Patienten, am Gespräch teilzunehmen, in ihrer Auswahl verzerrt wurde (vgl. 4.2.3.).

Wir haben die Patienten um Ehrlichkeit bei der Beantwortung unserer Fragen gebeten und ihnen Verständnis dafür zugesichert, falls sie einzelne Fragen nicht beantworten wollen. Wir haben zwar den Eindruck gewonnen, daß während des Ge-

sprächs im allgemeinen (vgl. 4.6.8.) eine große Bereitschaft zur Offenheit entstand - aber auch das ist unser s u b j e k t i v e r Eindruck.

Man kann ferner argumentieren, daß es sich bei der jeweiligen Einstellung ("Froh", "Froh m. E.", "Nicht-Froh") zur Tatsache des Überlebens um eine besonders störanfällige augenblickliche Gefühlsreaktion handelt, die wir im Sinne einer Momentaufnahme erfaßt haben, deren allgemeine Gültigkeit aber eine sehr begrenzte ist.
Dies mag in einigen Fällen durchaus zutreffen, vor allem dann, wenn sich die Umstände sehr grundsätzlich ändern.
So war eine Patientin (Fall 52 a) in den ersten Tagen nach dem Selbstmordversuch "Froh", zum Zeitpunkt des Gesprächs aber "Nicht-Froh", da der Freund, der sie in den ersten Tagen noch im Krankenhaus besucht hatte, sich inzwischen endgültig von ihr getrennt hat.

Einen sehr dramatischen Umschwung der Gefühlssituation haben wir selbst beobachtet. Der Fall konnte allerdings wegen der Unvollständigkeit seiner Daten nicht mit in die Untersuchung aufgenommen werden:
Der Patient erklärte uns, er sei "froh", weil der Staatsanwalt den Haftbefehl gegen ihn aufgehoben habe. Er sagte, wenn der Haftbefehl nicht aufgehoben worden wäre, wäre er nicht froh und würde einen erneuten Selbstmordversuch unternehmen.
Noch während des Interviews wurde er von der Polizei verhaftet und nach Stadelheim gebracht. Der Haftbefehl war nicht "aufgehoben", sondern nur "aufgeschoben" worden.

Unserem Eindruck nach dürfte aber die uns geäußerte Grundtendenz doch allgemein stabiler sein, als die eben erwähnten Extremfälle vermuten lassen. So stammten die beiden uns bekannt gewordenen, nach dem Gespräch wiederholten Selbstmordversuche von einer Patientin der Gruppe Froh m. E. und von einem Patienten der Gruppe Nicht-Froh.

Eine Patientin der Gruppe Froh m. E. sagte - einige Monate nach der Untersuchung - bei einem zufälligen Treffen, sie sei immer noch nicht 100 % froh, sondern höchstens 80 %, es komme eben darauf an, wie das Leben weitergehe.

Ein Hinweis auf eine gewisse Homogenität der Gruppen, d. h. ein Hinweis darauf, daß die Gruppenzusammenstellung nicht einem Zufallsprodukt entspricht, dürfte durch die statistische Signifikanzprüfung erbracht worden sein, die bedeutende Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppen und signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigte.

Es konnten im Sinne einer beschreibenden Statistik wichtige Unterschiede hinsichtlich der drei Gruppen herausgearbeitet werden.

## 4.10. EXKURS ÜBER DIE ÜBEREINSTIMMUNG UNSERER ERGEBNISSE MIT DER PSYCHOANALYTISCHEN THEORIE

Da uns die psychoanalytische Theorie mit ihren Erklärungsmodellen am besten geeignet erscheint, die intrapsychische Problematik des Suizidanten zu erhellen, wurde sie hinsichtlich der Betrachtung der Psychodynamik leitend für unsere Arbeit.

Wir wollen aber in diesem Zusammenhang nochmals darauf hinweisen, daß es d i e psychoanalytische Theorie zum Suizidproblem im Sinne eines einheitlichen Erklärungsmodell nicht gibt.
Allgemein kann festgestellt werden, daß sich in den entsprechenden Erklärungsansätzen der Focus der Suizidproblematik, der in der frühen Psychoanalyse vor allem in einem Aggressionskonflikt gesehen wurde, in Richtung auf eine narzißtische Problematik, d. h. auf eine Problematik des Selbstwerterlebens verschoben hat.

Wir wollen im folgenden beschreibend darstellen, inwieweit die von uns gewonnenen Eindrücke und die von uns gefundenen Ergebnisse in bezug zu setzen sind zu den psychoanalytischen Erklärungsansätzen der Suizidalität. Es könnte uns allerdings nur eine entsprechende Kontrollgruppe aus der Normalpopulation Aufschluß darüber geben, ob die von uns in Übereinstimmung mit der psychoanalytischen Theorie festgestellten Merkmale beim Suizidanten tatsächlich häufiger auftreten, als im Vergleich mit der Normalpopulation zu erwarten wäre. Erst dann könnten die jeweiligen Merkmale als typisch für die suizidale Persönlichkeit bezeichnet werden.

Da aber im Sinne einer "consensual validation" (vgl. Rosenkötter 1969) viele unserer Beobachtungen den psychoanalytischen Hypothesen entsprechen, möchten wir diese hier aufzeigen. Wir sind uns dessen bewußt, daß unsere Schilderung - trotz aller Evidenz - nur als "Exkurs" über die von uns gemachten Beobachtungen gesehen werden kann. Einer wissenschaftlich wertenden Einordnung müssen wir uns auf Grund der fehlenden Kontrollgruppe enthalten.

- KINDHEIT UND SUIZIDALITÄT

Der von der Psychoanalyse postulierte Einfluß der frühkindlichen Erlebnisse und Erfahrungen auf die spätere Persönlichkeitsentwicklung und auf die Disposition zur Suizidalität wird allgemein als bestätigt angenommen. (Vgl. 2.7.)
Unsere Ergebnisse passen insofern in den Rahmen dieser Theorie, als nur 21 % unserer Suizidanten eine positive oder unauffällige Kindheit hatten. (Weitere Angaben siehe 4.6.1.)

Doch auch noch bei diesen Fällen bleibt zu fragen, inwieweit ein Idealisierungsbedürfnis des Suizidanten, das der Abwehr schmerzlicher Erinnerung an traumatisierende Kindheitserfahrungen dient (vgl. Miller 1980), uns Belastungen der Kind-

heit vorenthalten hat. Diese Idealisierungstendenz wurde uns sogar in solchen Fällen deutlich, in denen im Laufe des Gesprächs durchaus Belastungsfaktoren zutage traten.
So antwortete eine 24jährige Patientin (Fall 14) auf die Frage, wofür sie ihrer Mutter am meisten dankbar sei: "Für ihre Liebe und Fürsorge."
Auf die Frage, was sie ihr am meisten übel nehme, meinte sie: "Nichts."
Im Laufe des Gesprächs erfahren wir dann folgendes:
Die Patientin wurde als uneheliches Kind geboren und fühlte sich als Kind von ihrer Mutter abgelehnt. Sie wünscht sich noch heute - vergeblich - von der Mutter akzeptiert zu werden.
Die Mutter wird als launisch und nicht zärtlich geschildert. Sie versuchte außerdem, den Kontakt der Patientin zu anderen Menschen zu unterbinden.
Die Mutter zeigte wenig Interesse an der Patientin, so konnte diese ihrer Mutter auch nichts erzählen. Als Kind hatte die Patientin von ihrer Mutter sehr viel Prügel bekommen und eigentlich immer in Angst vor Strafe gelebt. Das Schlimmste aber war die Angst, nicht geliebt zu werden.

Wir dürfen auf Grund dieser Angaben wohl doch annehmen, daß die "Liebe und Fürsorge", die diese Mutter geben konnte und für die die Patientin dankbar war oder doch wenigstens dankbar sein zu müssen glaubte, nicht ausreichend war, um einem Kind eine gesunde und stabile emotionale Entwicklung zu ermöglichen.

N i c h t bestätigt wurde durch unsere Ergebnisse, die vor allem von Ringel (1953; unter Anlehnung an Adler) betonte größere suizidale Gefährdung des Einzelkindes. Der von uns gefundene Prozentsatz an Einzelkindern (= 25 %) unter unseren Suizidanten entspricht durchaus der Normalpopulation. (Vgl. Tabelle 10 )

Ebensowenig konnte die in der Literatur erwähnte (vgl. 2.7.4.) geringere Beteiligung von "mittleren" Geschwistern am Suizid festgestellt werden.

- DEPRESSION UND AGGRESSION

68 % der von uns untersuchten Suizidanten gaben an, an depressiven Verstimmungen zu leiden, bei 53 % wurde vom Arzt eine depressive Erkrankung neurotischer oder endogener Art diagnostiziert.

Für den allgemein anerkannten Zusammenhang zwischen Depression und Suizidhandlung (Stengel 1969 a, Pohlmeier 1971) versucht die Psychoanalyse Erklärungsansätze zu liefern.
Die klassische psychoanalytische Theorie sieht als Ursache für die Depression vor allem einen Aggressionskonflikt, bei dem die Aggression aufgrund bestimmter psychodynamischer Mechanismen (vgl. 2.2.) gegen das eigene Selbst gerichtet wird. Die Aggression kann nach psychoanalytischer Auffassung ihre Dynamik auch dann entfalten, wenn sie dem Suizidanten unbewußt bleibt.

Immerhin gaben 50 % der Suizidanten an, im Augenblick des Selbstmordversuchs "Wut" empfunden zu haben.
26 % gaben an, daß die Wut vor allem gegen eine andere Person gerichtet war.
16 % empfanden Wut vor allem gegen sich selbst.
8 % empfanden gegen sich und gegen andere Wut.

Aus diesen Zahlen können wir entnehmen, daß der aggressive Affekt beim Suizidanten durchaus eine Rolle spielt.

Auf die Frage, ob der Selbstmordversuch eine Aggressionshandlung gegen die eigene Person gewesen sein könnte, antworteten 47 % mit Ja, 45 % mit Nein, einige waren sich unsicher.

Sehr oft wurde von den Suizidanten spontan über die Schwierigkeit im Umgang mit der eigenen Aggression bzw. über das Unvermögen, Wut und Ärger zu äußern, geklagt.
So sagte ein 21jähriger Patient (Fall 1):
"Antriebe, die blinde Wut machen, müßte ich umsetzen können."

Eine 54jährige Patientin (Fall 11 a) meint, es sei ihr größter Fehler, daß sie sich nicht wehren könne.

Eine 32jährige Patientin stört vor allem an sich selbst:
"Daß ich nicht sagen kann, was ich möchte." (Fall 7 a)

Ein 33jähriger Patient sagt, er habe "zu wenig Ellenbogen." (Fall 55 a)

Eine 24jährige Patientin (Fall 2) sagt, es störe sie sehr, daß sie stets versuche, es den anderen recht zu machen, daß sie nicht "Nein" sagen und ihre Aggressionen nicht äußern könne. Die Aggressionen stauen sich dann - nach ihren eigenen Angaben - auf und kommen explosionsartig in Form von Wutausbrüchen zum Ausdruck.

Auf die für den Suizidanten typische Aggressionshemmung, die als Voraussetzung für die Wendung der Aggression gegen die eigene Person gilt, weisen die folgenden Zahlen hin:

66 % der Patienten gaben an, daß sie ihren Ärger meist um des lieben Friedens willen hinunterschlucken.

Nur 22 % fällt es nicht schwer, anderen etwas abzuschlagen, das sie im Grunde nicht tun oder geben wollen.

Nur 29 % können sich gut wehren, wenn andere ihnen zu viel Arbeit aufbürden.

Ein angemessener Umgang mit den eigenen Aggressionen, d.h. die Fähigkeit zur "gekonnten" Aggression (Mitscherlich 1974) wird im Laufe der Kindheit erworben, wenn auf erlittenen Schmerz mit dem adäquaten Gefühl der Trauer und der Wut reagiert werden darf und die Affekte der Wut nicht abgespalten werden müssen, weil das angepaßte Kind erahnt (oder auch zu fühlen bekommt), daß diese Gefühle von den Eltern nicht ertragen werden können. (Miller 1980)

So sagten 53 % der Patienten, daß sie als Kind ihre Aggressionen nicht äußern konnten. Eine Patientin sagte zur Begründung: "Wut äußern tut man nicht."

37 % glauben, daß sie ein "auffallend braves Kind" waren. Das bedeutet, daß sie die Wünsche und Erwartungen ihrer Eltern mit Hilfe der Unterdrückung eigener Wünsche, Empfindungen und Affekte erfüllt haben.

- SUIZIDALITÄT UND NARZISSTISCHE STÖRUNG

Nach Kohut (1974) kann das Kind ein gesundes - von narzißtischer Störung freies - Selbst nur dann entwickeln, wenn die Mutter die Fähigkeit besitzt, das Kind als eigenes von sich getrenntes Objekt mit e i g e n e n Gefühlen und e i g e n e n Empfindungen zu erleben. (Vgl. 2.4.2.) Wird das Kind von der Mutter nicht als Zentrum eigener Aktivität, sondern als Teil ihrer Selbst gesehen, paßt sich das Kind den mütterlichen Bedürfnissen an und verdrängt die eigenen Empfindungen, d. h. Teile des eigenen Selbst werden abgespalten.

Es ensteht so eine Persönlichkeit, die durch einen Mangel an inneren Strukturen gekennzeichnet ist und ständig äußerer narzißtischer Zufuhr zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts bedarf.

Als wir unseren Suizidanten die Frage stellten, ob sie von ihrer Mutter als "eigenständiges Wesen" akzeptiert worden

seien , waren wir uns nicht sicher, ob unsere Frage entsprechend verstanden werden würde.

Einen Hinweis darauf, daß auch sprachlich weniger gewandte Patienten den Sinn der Frage recht gut verstanden hatten, gaben uns Antworten wie die folgenden:

"Ich war ein Stück Familie."
"Ich war ein Teil der Mutter."
"Die Mutter hat sich immer dann abgewandt, wenn ich anders war, als sie mich haben wollte."
"Wenn man ihr (der Mutter, Anm. des Autors) die Arme um den Hals legte, blieb man kleben."
"Wenn ich traurig war, war die Mutter auch traurig."
"Ich war der Besitz meiner Mutter."
"Ich war für die Mutter jemand, dem man etwas anschaffen konnte."

Nur 34 % der Suizidanten gaben an, von der Mutter als eigenständiges Wesen akzeptiert worden zu sein.

Wir dürfen dabei nicht vergessen, daß die Erinnerungen der Suizidanten nur eine Zeit umfassen kann, in der das Selbst sich bereits in den Grundzügen konstelliert hatte und die Mutter mit einem schon wehrfähigeren Ich konfrontiert wurde.
Wir können sicher annehmen, daß in der frühen Säuglingszeit, d. h. in der präverbalen Periode, wo die Empathie der Mutter für die Bedürfnisse des Kindes von noch größerer Bedeutung ist, von einer noch größeren Anzahl der Mütter die eigenen Wünsche und Erwartungen an das Kind herangetragen und die Bedürfnisse des Kindes übersehen wurden.

33 % der Suizidanten fühlten sich vom Vater oder von der Mutter abgelehnt.

45 % hatten das Gefühl, daß sie etwas leisten mußten, um geliebt zu werden, d. h. sie konnten nicht darauf vertrauen, daß sie um ihrer selbst geliebt wurden.

14 % erklärten, daß ihre Mutter kein Interesse zeigte, wenn sie ihr etwas erzählten.
30 % sagten, daß sie der Mutter nichts erzählt haben.

Wir dürfen davon ausgehen, daß im gesunden Kind ein starkes Mitteilungsbedürfnis steckt und das "Nichterzählen" bereits als eine Reaktion auf mangelndes Interesse von seiten der Mutter zu sehen ist.

Das zentrale Symptom eines gestörten narzißtischen Systems ist ein labiles Selbstgefühl. (Henseler 1974) Zu der in der neueren Literatur formulierten Hypothese, das Suizidgeschehen stehe in Zusammenhang mit der mangelhaften Regulation des Selbstwertgefühls (Henseler 1974, Bron 1976, Pohlmeier 1978) nennen wir die folgenden Zahlen unserer Untersuchung:

59 % der Suizidanten gaben an, unter Minderwertigkeitsgefühlen zu leiden
70 % der Suizidanten gehen Beleidigungen auch von Leuten sehr nahe, die weniger wichtig für sie sind.

51 % der Patienten müssen erst daran denken, was die anderen sagen werden, ehe sie etwas tun.

Auf ein mangelndes Selbstwertgefühl des Suizidanten weist auch das häufige Gefühl der Hilflosigkeit hin:

12 % fühlen sich hilflos gegenüber den Eltern
23 % fühlen sich hilflos gegenüber dem Partner
28 % fühlen sich hilflos im beruflichen Bereich
18 % gaben an, daß sie sich in mehr als einem der genannten Bereiche hilflos fühlen.

Ein Anzeichen für die besondere Labilität des Suizidanten ist auch die Bedenkzeit, d. h. die Zeit zwischen dem Entschluß zum Selbstmordversuch und der Ausführung der Tat, (vgl. Tabelle 64), deren Kürze, oft handelte es sich um Sekunden, in keinem Verhältnis zur Bedeutung und Folgenschwere der Tat steht. Die Mehrzahl der Selbstmordversuche entsprang einem augenblicklichen Affekt, der vom Suizidanten nicht mehr kontrolliert werden konnte.

## - SUIZIDALITÄT UND NARZISSTISCHE KRÄNKUNG -

Ringel (1953, S. 101) wies aufgrund seiner Untersuchung an 745 Suizidpatienten "jenen Traumen, die entwertend wirken, eine entscheidende Rolle im Zusammenhang mit dem Selbstmord zu."
Ebenso kam Henseler (1974) zu dem Ergebnis, daß die auslösende suizidale Situation vor allem in Zusammenhang mit einem narzißtischen Konflikt zu sehen sei. Die Befunde unserer eigenen Untersuchung bestätigten, daß die suizidale Problematik bei sehr vielen unserer Patienten (66 %; 7 % unklar) eine Erfahrung enthielt, die als "narzißtische Kränkung", d. h. als eine Verletzung des Selbstwertgefühls bezeichnet werden kann. Wir haben mit Hilfe eines unbeteiligten Beobachters nur diejenigen Ereignisse als narzißtische Kränkung eingestuft, die zweifelsfrei als eine solche zu erkennen waren.
Wir dürfen annehmen, daß in weiteren Fällen auch der Verlust von narzißtischer Zufuhr - wie er zum Beispiel beim Tod eines Angehörigen gegeben ist - die Regulation des Selbstwertgefühls beeinträchtigte.

Die folgenden Fallbeispiele sollen das Vorliegen einer narzißtischen Kränkung verdeutlichen:

Eine 32jährige Patientin (Fall 1 a) schämte sich, da sie eine Gefängnisstrafe antreten mußte.

Ein 40jähriger Patient (Fall 3 a) glaubte, daß durch eine Lohnpfändung sein Ruf in der Firma ruiniert sei.

Ein 41jähriger Patient war von seiner Chefin entlassen worden. Seine Bemühungen um eine neue Arbeitsstelle hatten keinen Erfolg. In dieser Zeit hatte ihm auch noch seine Stiefmutter zu verstehen gegeben, daß seine Besuche zu Hause nicht mehr erwünscht seien.

Eine 22jährige Patientin (Fall 12 a) hat das Gefühl, ihre Ausbildung nicht zu schaffen.

Eine 31jährige Patientin (Fall 14 a) war wegen Überschreitung der Regelstudienzeit von der Universität gewiesen worden. Sie glaubt nun, daß alle sie für unfähig halten.

Einem 45jährigen Patienten (Fall 56 a) war gekündigt worden. Als besondere Kränkung empfand er das schlechte Zeugnis, das sein Arbeitgeber ihm ausgestellt hatte.

Eine 59jährige Patientin (Fall 57 a) hat "vor sich selbst Ekel gekriegt", weil eine Verwandte ständig an ihr herumgenörgelt hatte.

Ein 22jähriger Patient (Fall 59 a) empfand die ständigen Hänseleien von Vorgesetzten und Kameraden in der Bundeswehr als unerträgliche Kränkung.

Auch in denjenigen Fällen, in denen ein Partnerkonflikt als Motiv für die suizidale Handlung genannt wurde, steht oft nicht der Schmerz über den möglichen (oder tatsächlich erlittenen) Verlust des Partners im Vordergrund, sondern vielmehr eine in Zusammenhang damit erlittene Kränkung des Selbstwertgefühls.

So sagte eine 24jährige Patientin (Fall 2), daß es nicht so unerträglich gewesen wäre, wenn sie ihren Freund beispielsweise durch einen Unfall verloren hätte. Anlaß für den Selbstmordversuch sei nicht der Verlust des Partners gewesen, sondern die Art wie er die Freundschaft beendet habe. Er habe sie "wie Abfall" behandelt.

Ein 22jähriger Patient fühlte sich als "Versager" als ihn die Freundin verließ, weil ihm "die gleiche Situation schon im vorigen Jahr passiert war".

Eine 28jährige Patientin (Fall 37 a) fühlte sich durch das Verhalten des Freundes, der sich nicht zwischen ihr und einer anderen Frau entscheiden konnte, "erniedrigt". Wenn der Freund sich klar entschieden hätte, - notfalls auch gegen sie - wäre der Selbstmordversuch zumindest zu diesem Zeitpunkt unterblieben.

Ein 31jähriger Patient (Fall 10 a) fühlte sich gekränkt, weil seine bisherige Partnerin ihm nur mehr "eine gute Freundin" sein wollte. Ein Arbeitskollege, von dem er sich in seinem Kummer trösten lassen wollte und dem er seinen Selbstmordversuch ankündigte, sagte ungerührt "Bring dich halt um". Der Patient sagte, der Selbstmordversuch wäre nicht erfolgt, wenn wenigstens der Kollege sich zu einem freundschaftlichen Gespräch bereit gefunden hätte.

Wie sehr Partnerkonflikte das Selbstwertgefühl belasten können, wird besonders deutlich im Fall eines 33jährigen Patienten (Fall 55 a), der im Englischen Garten übernachten mußte, weil seine Freundin in der gemeinsamen Wohnung mit einem anderen schlief.

Die Beziehung zwischen narzißtischer Verwundbarkeit und Aggression bzw. Autoaggression schildert Stolorow (1981, S. 106) folgendermaßen:

"In der Tat findet man die heftigsten und primitivsten Manifestationen gegen das Selbst gerichteter oder objektgerichteter Aggression gerade bei jenen Individuen, die narzißtisch am verwundbarsten sind, d. h. die die zerbrechlichste und unsicherste Selbstrepräsentanz haben. Es darf angenommen werden, daß für ein solches Individuum eine relativ geringfügige Versagung häufig eine vernichtende narzißtische Kränkung darstellt, die die Gefahr der Selbst-Fragmentierung und Desintegration mit sich bringt."

## ZUSAMMENFASSUNG

Wir können feststellen, daß die Ergebnisse unserer Untersuchung in den folgenden Punkten in evidenter Übereinstimmung mit der psychoanalytischen Theorie zur Suizidalität stehen:

- Die Suizidanten waren in ihrer Kindheit sehr häufig erheblichen Belastungen ausgesetzt, wodurch der Aufbau eines stabilen - von äußerer narzißtischer Zufuhr relativ unabhängigen - Selbst erschwert oder unmöglich wurde.

- Der aggressive Affekt spielt bei der Suizidhandlung eine nicht unwesentliche Rolle.

- Das Selbstwertgefühl ist bei sehr vielen Suizidanten labil und leicht verletzlich.

- In einer großen Anzahl von Fällen findet sich in der suizidalen Problematik ein Ereignis, das als eine erhebliche Kränkung des Selbstwertgefühls anzusehen ist.

Wir müssen nochmals betonen, daß es sich bei diesen Aussagen nur um eine beschreibende Darstellung bestimmter Merkmale handeln kann, die im Sinne der Evidenz der psychoanalytischen Theorie entsprechen.
Eine Aussage darüber, ob diese Merkmale bei Suizidanten häufiger anzutreffen sind als in der Normalpopulation, ist uns nicht möglich, da eine entsprechende Kontrollgruppe fehlt.

Die von der Individualpsychologie betonte Bedeutung der Geschwisterposition für die Disposition zur Suizidalität wurde in unserer Untersuchung **n i c h t bestätigt.**

## 4.11. ALLGEMEINE BEOBACHTUNGEN ZU DEN VON UNS UNTERSUCHTEN SELBSTMORDVERSUCHEN

### 4.11.1. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN

ALTERSVERTEILUNG
Siehe S. 169

GESCHLECHTSVERTEILUNG
Siehe S. 105

SCHULBILDUNG

| | |
|---|---|
| Studium | 9 % |
| Abitur | 11 % |
| Mittlere Reife | 27 % |
| Volksschule | 50 % |
| Sonderschule | 3 % |

Die Einordnung in die jeweilige Kategorie erfolgte bei noch nicht vollendeten Schulbildungen in die als demnächst zu erwartende Kategorie.

FAMILIENSTAND
Siehe S. 149

KINDERZAHL
Siehe S. 149

ANLASS FÜR DEN SELBSTMORDVERSUCH
Siehe S. 144

WIEDERHOLTER SELBSTMORDVERSUCH
In 44 % der Fälle handelte es sich um einen wiederholten Selbstmordversuch. Von diesen war bei 53,66 % der Fälle der letzte Versuch innerhalb des letzten Jahres.

SELBSTMORD ODER SELBSTMORDVERSUCH IN DER FAMILIE ODER IM FREUNDESKREIS
Selbstmorde oder Selbstmordversuche in der Familie fanden sich in 20,41 % der Fälle. (N = 98)
Selbstmorde oder Selbstmordversuche im Freundeskreis gaben 29,59 % der Suizidanten an. (N = 98)
Diese Zahlen erscheinen im Vergleich mit den Literaturergebnissen (vgl. 2.7.5.) relativ hoch.

ORT
Die Mehrzahl der Selbstmordversuche fand zu Hause statt: 63 %.
Einen abgelegenen Ort wählten nur 8 % der Suizidanten. 17 % der Selbstmordversuche fanden an öffentlichen Örtlichkeiten (z. B. auf der Straße) statt, 4 % im Hause Nahestehender und 8 % (hauptsächlich Psychotiker) unternahmen den Selbstmordversuch in der Klinik.

ABSCHIEDSBRIEF
Einen Abschiedsbrief hinterließen 25,51 % der Suizidanten. (N = 98)

VERWENDETE MITTEL

| | |
|---|---|
| Tabletten, Gift o. ä. | 74 % |
| Schnitte und Stiche | 11 % |
| Sturz | 2 % |
| Erhängen | 5 % |
| Sonstige | 2 % |
| Kombination von Mitteln | 6 % |

Die bei unserer Untersuchung gefundene Verteilung der Selbstmordmittel kann nicht verallgemeinert werden, da durch die Einbeziehung der Toxikologischen Abteilung des Klinikums rechts der Isar naturgemäß eine erhöhte Auswahl von Selbstmordversuchen durch Vergiftung gegeben war.
Allerdings sind auch in der Bayer. Statistik für das Jahr 1979 Verätzung und Vergiftung mit 62,7 % als die häufigsten Mittel beim Selbstmordversuch angegeben. (Weitere statistische Angaben siehe 4.11.2.)

## 4.11.2. DIE SUIZIDHANDLUNG - EIN VERSUCH ZU STERBEN?

ERGEBNISSE UNSERER UNTERSUCHUNG

Nur 58 % der Suizidanten (N = 89) gaben an, daß sie im Augenblick des Selbstmordversuchs wirklich sterben wollten.
16 % sind nicht sicher,
26 % sagten klar, daß sie nicht wirklich sterben wollten.

Wir wollen diese Zahlen als ungefähren Anhaltspunkt gelten lassen. Verfälschungen sind sicher insofern zu erwarten, daß bei dem einen oder anderen "demonstrativen" Selbstmordversuch ein nicht vorhandener Wille zu sterben betont wurde, während manche ernsthafte Suizidanten schamhaft jede Absicht leugneten.

Nach Angaben der behandelnden Ärzte wollten 51 % der Suizidanten im Augenblick des Selbstmordversuchs wirklich sterben. 41 % hatten nach Angaben der Ärzte, nicht die Absicht zu sterben.
Bei 8 % war die Beurteilung unklar.

Wir glauben aus diesen Zahlen jedenfalls schließen zu können, daß selbst im Augenblick der suizidalen Handlung nur bei einem Teil der Suizidanten - deren Selbstmordversuch immerhin zur Aufnahme in eine Klinik geführt hatte - eine ernsthafte Selbsttötungsabsicht vorlag. Nach dem Selbstmordversuch erhöht sich bei einer noch größeren Anzahl der Suizidanten der Wille zum Weiterleben; so sind immerhin 57 % froh über ihre Rettung.

52 % der Suizidanten verübten den Selbstmordversuch in örtlicher oder zeitlicher Nähe zu einer wichtigen Bezugsperson, was bedeutet, daß die Chance der Rettung zweifellos in Betracht zu ziehen war.
13 % verübten den Selbstmordversuch in der Nähe von anonymen Personen.
35 % waren völlig allein.

Nicht wenige der Suizidanten trugen selbst aktiv zur Einleitung der Rettungsmaßnahmen bei.
5 % verübten den Selbstmordversuch vor den Augen anderer,
24 % machten Mitteilung von der erfolgten suizidalen Handlung,
14 % hinterließen Hinweise (wie z. B. leere Tablettenschachteln auf dem Nachttisch).
Bei 5 % ist die Beurteilung unsicher.

Die Suizidhandlung entsprang bei einem großen Teil der Fälle einem augenblicklich sehr starken Affekt.
So bezeichneten 62 % ihre Tat als Kurzschlußhandlung.

Besonders auffallend ist die Kürze der Bedenkzeit:

| | |
|---|---|
| Sie lag bei | |
| weniger als 1 Std. | in 65,91 % der Fälle |
| 1 - 6 Std. | in 13,64 % der Fälle |
| 6 - 24 Std. | in 13,64 % der Fälle |
| länger als 24 Std. | in 6,82 % der Fälle |

Sehr häufig wurde von den Suizidanten geäußert, zwischen Entschluß und Tat seien nur Sekunden oder Minuten vergangen.

Die rationale Kontrolle war in manchen Fällen auch durch die Einwirkung von Alkohol gemildert.
38 % der Suizidanten hatten zur Tatzeit Alkohol getrunken.
Verschiedene Patienten äußerten spontan, daß es ohne den Einfluß von Alkohol nicht zum Selbstmordversuch gekommen wäre.

Einige Suizidanten haben wegen des erhöhten Alkoholgenusses eine Amnesie für die Zeit des Selbstmordversuchs.

Den Affektcharakter der Suizidhandlung unterstreicht auch die Tatsache, daß 42 % angaben, der Selbstmordversuch wäre an dem Tag unterblieben, wenn das verwendete Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte.
41 % hätten den Selbstmordversuch auf jeden Fall durchgeführt und 17 % können nicht sagen, was sie voraussichtlich getan hätten. (N = 78)

Eine wichtige Rolle beim Selbstmordversuch spielt demnach die Verfügbarkeit des Mittels. (N = 92)
74 % der Suizidanten hatte das Mittel zu Hause.
18 % haben sich das Mittel extra für den Selbstmordversuch besorgt.
6 % wurden erst durch den Anblick des Mittels (z. B. wenn ihr Blick zufällig im Badezimmer auf die Medikamente fiel) zum Selbstmordversuch angeregt.
Die restlichen Fälle sind unklar.

DISKUSSION

In den von uns gefundenen Ergebnissen bestätigt sich die Annahme, daß Suizidhandlungen das Produkt aus selbstzerstörerischen u n d selbsterhaltenden Tendenzen sind (vgl. Henseler 1974), da die Mehrzahl der Suizidhandlungen gewisse Züge aufweist, die mit dem Ziel der Selbsttötung unvereinbar sind. (Stengel 1969 a)
Die von Stengel (1969 a, S. 88) getroffene Feststellung, daß die meisten Selbstmordhandlungen unter Umständen ausgeführt werden, "die das Eingreifen anderer möglich, wahrscheinlich oder sogar unvermeidlich machen", gilt auch für unsere Untersuchung. Da die Mehrzahl der von uns untersuchten Selbstmordversuche in der Nähe anderer Menschen, meist sogar Nahestehender, ausgeführt wurde, war eine gewisse Chance der Rettung meist von vorneherein gegeben. Nur bei relativ wenigen Selbstmordversuchen wurden Vorkehrungen gegen die Möglichkeit der Rettung getroffen.
26 % der Suizidanten äußerten außerdem klar, daß keine ernste Selbsttötungsabsicht vorgelegen habe.

Dem Selbstmordversuch liegt demnach in der Mehrzahl der Fälle nicht eine unbedingte Selbsttötungsabsicht zugrunde, sondern vor allem der verzweifelte Wunsch, die gegenwärtige Situation - um welchen Preis auch immer - zu ändern.
Der Selbstmordversuch kann deshalb keineswegs immer mit einem "mißglückten Selbstmord" gleichgesetzt werden.

So war der Selbstmordversuch fast immer auch eine verzweifelte Form mitmenschlicher Kommunikation, wenn der Appell um Hilfe nicht mehr anders geäußert werden konnte oder von der Umwelt in anderer Äußerungsform nicht mehr verstanden wurde. In sehr vielen Fällen wurde allerdings in Kauf genommen, daß - wenn aus der Umgebung kein Beitrag zur Konfliktbewältigung geleistet würde - der Konflikt dann zugleich mit dem Leben enden sollte.

Der Entschluß zur Suizidhandlung entsprang in der Mehrzahl der Fälle einem starken, durch die augenblickliche Situation bestimmten Affekt der - oft auch durch die Einwirkung von Alkohol - nicht mehr der rationalen Kontrolle des Suizidanten unterlag.

Die Tatsache, daß 42 % der Suizidanten angaben, daß der Selbstmordversuch zumindest an dem fraglichen Tag unterblieben wäre, wenn das entsprechende Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte, sollte dem praktischen Arzt vor allem deshalb zu denken geben, da die bevorzugten Mittel beim Selbstmordversuch Schlaf- und Beruhigungstabletten sind. Es ist anzunehmen, daß in einer Reihe von Fällen der momentane Affekt wieder abgeflacht und der Selbstmordversuch somit unterblieben wäre, wenn das Mittel nicht zu Hause greifbar gewesen wäre.

In diesem Sinne wird in der Literatur zunehmend darauf hingewiesen, daß ein wichtiger Beitrag zur Selbstmordprophylaxe darin bestehen muß, daß der Zugang zu den Selbstmordmitteln erschwert wird. (Ringel 1953, Weichbrodt 1937, Ettlinger und Flordh 1955, Ehebald 1966)

Die Empfehlung an den praktischen Arzt lautet daher, Schlaf- und Beruhigungsmittel nur wenn unbedingt nötig und nur in kleinen Mengen zu verschreiben.
Böcker (1973) fordert, daß vor allem dem depressiv Kranken niemals größere Arzneimengen zugänglich sein sollten.

Diese Forderungen sind umso dringender, da auch derjenige Selbstmordversuch, der weniger ernst konzipiert, d. h. mehr im Sinne einer Appellwirkung geplant war, zu einem tödlichen Ausgang führen kann, wenn der Suizidant aus Unkenntnis die Wirkung des eingenommenen Medikaments unterschätzt oder die einkalkulierten Rettungschancen versagen. So fanden wir auch in unserer Untersuchung eine Anzahl von Suizidanten, die

angaben, daß sie nicht wirklich sterben wollten und auch das verwendete Mittel in der eingenommenen Dosis für nicht gefährlich hielten, während der behandelnde Arzt Mittel und Dosis für "effizient" erklärte.

Insgesamt hielten die behandelnden Ärzte in 54 % der Fälle, bei denen eine Intoxikation vorlag, die verwendete Dosis als ausreichend für einen tödlichen Ausgang.

Wir können zusammenfassend feststellen, daß mehr als die Hälfte der Patienten, die einen Selbstmordversuch unternahmen, unter der Einwirkung eines durch die momentane Situation bedingten Affektes stand und der Entschluß zu sterben im Augenblick des Selbstmordversuchs häufig gar nicht vorhanden oder höchst ambivalent war.
Mehr als die Hälfte der Patienten begrüßt die Tatsache ihres Überlebens und ist dem Arzt für die durchgeführten Rettungsmaßnahmen dankbar.
74 % der Suizidanten sprachen sich dafür aus, daß der Arzt grundsätzlich bei einem nach Selbstmordversuch bewußtlosen Patienten Rettungsmaßnahmen einleiten soll.

Wir können aber jene Patienten nicht unerwähnt lassen, die die Tatsache ihres Überlebens bedauerten bzw. Vorbehalte hinsichtlich der Bejahung ihres Überlebens hatten.

24 Patienten stehen der Tatsache ihres Überlebens ambivalent gegenüber bzw. würden nur dann froh über ihre Rettung sein, wenn sich die belastenden Lebensumstände ändern.
19 Patienten unserer Untersuchung hätten, nach ihren eigenen Angaben das Nicht-mehr-leben dem Ertragen der für sie unerträglich erscheinenden Lebenssituation vorgezogen.
Wir dürfen sicher aber auch bei einigen dieser Patienten eine stärkere Selbsterhaltungstendenz vermuten als ihnen selbst bewußt ist; denn immerhin haben auch noch 53 % der Nicht-Frohen ihren Selbstmordversuch in örtlicher oder zeitlicher Nähe zu Menschen durchgeführt, d. h. die Möglichkeit einer

Rettung nicht auszuschließen versucht. Dennoch zeigen die Selbstmordversuche der Nicht-Frohen hinsichtlich mancher Kriterien (wie Entschlußzeit, Auslöser am Tag des Selbstmordversuchs usw.) eine deutlichere Nähe zum Typ des vollendeten Selbstmords.

Es besteht natürlich in solchen Fällen die Gefahr, daß die Rettungsmaßnahmen des Arztes einen Patienten gewaltsam und gegen seinen Willen in ein Leben zurückrufen, das dieser nicht mehr als lebenswert empfinden kann.
Das bedeutet, im Einzelfall wird der Arzt, der am bewußtlosen Suizidanten Rettungsmaßnahmen einleitet, in Kauf nehmen müssen, möglicherweise gegen den Grundsatz des "voluntas aegroti suprema lex" zu verstoßen. Die Problematik der mangelnden Validität des Selbsttötungswillens des Suizidanten wurde bereits (vgl. 4.1.1.) diskutiert.
Grundsätzlich kennzeichnet den unvollendeten Suizid die Ambivalenz des Suizidanten, die sich in der Art der Durchführung der suizidalen Handlung manifestiert.
"Die meisten Menschen, die Suizidhandlungen begehen, wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig, gewöhnlich das eine mehr - oder viel mehr - als das andere." (Stengel 1969 a, S. 74)

## 4.12. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die wesentlichen Ergebnisse unserer Untersuchung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

### 4.12.1. ERGEBNISSE ZUM SELBSTMORDVERSUCH ALLGEMEIN

- Im Selbstmordversuch manifestieren sich nicht nur s e l b s t z e r s t ö r e r i s c h e , sondern auch s e l b s t e r h a l t e n d e Impulse.
  Kennzeichnend für den unvollendeten Suizid ist die A m b i v a l e n z des Suizidanten, die sich vor allem in der Art der Durchführung der Suizidhandlung deutlich zeigt. Die meisten Selbstmordversuche sind so angelegt, daß eine Rettung noch möglich oder doch zumindest nicht ausgeschlossen ist.
  Nur bei einem Teil der Suizidanten lag eine ernsthafte Selbsttötungsabsicht vor. So gaben 58 % der von uns befragten Suizidanten an, daß sie im Augenblick der Suizidhandlung wirklich sterben wollten. Nicht wenige der Suizidanten trugen selbst aktiv zur Einleitung der Rettungsmaßnahmen bei. Manche Suizidanten machten anderen Mitteilung von der soeben erfolgten Intoxikation, andere hinterließen auffällige Hinweise auf die Durchführung ihres Selbstmordversuchs.

- Der Selbstmordversuch war in der Mehrzahl der Fälle auf einen sehr heftigen situationsbedingten A f f e k t zurückzuführen. Die Kürze der Bedenkzeit ist entsprechend gering. (Sie betrug in 66 % der Fälle weniger als 1 Stunde.)

  38 % der Suizidanten hatten zur Tatzeit Alkohol getrunken.

  42 % der Suizidanten gaben an, daß der Selbstmordversuch an dem betreffenden Tag unterblieben wäre, wenn das verwendete Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte.

- Die wichtigsten M o t i v e , die den Suizidhandlungen zugrunde lagen, sind F l u c h t (d. h. der Wunsch einer als unerträglich empfundenen Situation zu entgehen) und A p p e l l (d. h. der Versuch, wichtige Personen der Umgebung zu veranlassen, an der Lösung der belastenden Konflikte mitzuwirken).

- Die hauptsächlichen B e l a s t u n g e n , die Anlaß zur suizidalen Handlung wurden, sind in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit:
  - Partnerkonflikte
  - Intrapsychische Probleme
  - Psychotische Erkrankung
  - Familienkonflikte

- Die G e s c h l e c h t s v e r t e i l u n g zeigte ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts (59 % Frauen, 41 % Männer).

- Der A l t e r s g i p f e l lag zwischen dem 20. und 28. Lebensjahr.
  80 % der Suizidanten hatten das 44. Lebensjahr noch nicht erreicht.

  Die E r n s t h a f t i g k e i t des Versuchs nahm mit dem Alter zu. So lag der Altersdurchschnitt für die suizidale Geste bei 25 Jahren, für den sehr ernsthaften Selbstmordversuch bei 34 Jahren.

- In 44 % der Fälle handelte es sich um einen w i e d e r h o l t e n Selbstmordversuch. Von diesen war bei 54 % der letzte Versuch innerhalb des letzten Jahres.

- Die am häufigsten gestellte ärztliche Diagnose lautete: "Neurose" und "neurotische Entwicklung". (51 %) Der relativ hohe Anteil der Psychotiker in unserer Untersuchung (25 %) ist durch das Einbeziehen der Psychiatrischen Klinik bedingt.

## 4.12.2. DIFFERENZIERUNG DER GRUPPEN HINSICHTLICH IHRER EINSTELLUNG ZUM ÜBERLEBEN NACH DEM SELBSTMORDVERSUCH

- Z i e l unserer Arbeit war festzustellen, wieviele der nach einem Selbstmordversuch in eine Klinik aufgenommenen Suizidanten die Tatsache ihres Überlebens bejahen bzw. bedauern und hinsichtlich welcher Faktoren sich die Gruppe der Frohen von der Gruppe der Nicht-Frohen unterscheidet. (N = 100)
  Da sich nicht alle Suizidanten einer der beiden Kategorien zuordnen ließen, wurde eine weitere Kategorie "Froh mit Einschränkung" eingeführt, in die alle jene Suizidanten eingestuft wurden, die ihr Weiterleben weder eindeutig bejahten, noch eindeutig bedauerten. Die gegebenen Antworten lauteten in diesen Fällen etwa:
  "Ich bin teils froh, teils nicht froh."
  "Ich bin froh, w e n n sich die Umstände ändern."
  "Ich kann die Frage nicht beantworten."

- Einen Hinweis darauf, daß die unter den Kriterien "Froh", "Froh mit Einschränkung" und "Nicht-Froh" zusammengefaßten Gruppen n i c h t einem Z u f a l l s p r o d u k t entsprechen, lieferte die statistische Signifikanzprüfung, die eine gewisse Homogenität der Gruppen, d. h. bedeutende Gemeinsamkeiten innerhalb der einzelnen Gruppen und signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigte.

  Wie aus den tabellarischen Aufstellungen zu ersehen ist, nimmt die Gruppe "Froh mit Einschränkung" hinsichtlich der Ausprägung der relevanten Merkmale - von Ausnahmen abgesehen - deutlich eine Mittelstellung zwischen den beiden Extremgruppen ein.

- Einstellung der von uns untersuchten Suizidanten zur Tatsache ihres Überlebens:

| | |
|---|---|
| Froh | 57 % |
| Froh mit Einschränkung | 24 % |
| Nicht-Froh | 19 % |

- Ergebnis der Gruppenvergleiche:
  Die Signifikanzprüfung erfolgte im allgemeinen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests über alle drei Gruppen - in Ausnahmen mit Hilfe der Varianzanalyse.
  Die von uns im folgenden erwähnten Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant auf dem 5 %- bzw. 1 %-Niveau.

- K e i n signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich hinsichtlich der A l t e r s - u n d G e s c h l e c h t s v e r t e i l u n g .

- K e i n signifikanter Unterschied ergab sich hinsichtlich n e g a t i v e r K i n d h e i t s e i n f l ü s s e .
  Große Belastungen in der Kindheit fanden sich bei der Mehrzahl aller Suizidanten.

- Hinsichtlich der a k t u e l l e n Probleme unterschieden sich die Gruppen sehr deutlich.
  So litt die Gruppe der Nicht-Frohen nicht nur vermehrt unter s c h l e c h t e n ä u ß e r e n Lebensbedingungen, sondern auch häufiger unter i n t r a p s y c h i s c h e n Problemen und damit zusammenhängenden Störungen.

Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich vor allem hinsichtlich der folgenden Variablen:

- Finanzielle Schwierigkeiten
- Berufliche Belastungen
- Arbeitslosigkeit
- Schlechte Wohnsituation
- Depressive Verstimmungen
- Minderwertigkeitsgefühle
- Mangelnde Akzeptanz seiner selbst
- Leiden unter Partnerlosigkeit
- Mangelndes Durchsetzungsvermögen
- Schlafstörungen
- Medikamenten- oder Drogenabusus

Die Häufigkeit von Partnerkonflikten ist dagegen in beiden Gruppen annähernd gleich.

- Die Gruppen unterscheiden sich außerdem deutlich hinsichtlich der A n z a h l der Belastungen.
  So ist bei den Frohen signifikant häufiger nur e i n belastender Konflikt - oft ein Partnerkonflikt - vorhanden, während bei den Nicht-Frohen häufiger Belastungen in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig auftreten.
  Es findet sich bei den Nicht-Frohen beispielsweise signifikant häufiger eine Summierung von finanziellen u n d intrapsychischen Problemen oder von finanziellen u n d Partnerkonflikten.
  Die Gruppe der Nicht-Frohen ist aber nicht nur mit vermehrten Belastungen konfrontiert, sie muß diese auch signifikant häufiger allein, d. h. o h n e die Stütze einer d a u e r h a f t e n P a r t n e r b e z i e h u n g bewältigen.

- A n l a ß zur Suizidhandlung waren sowohl bei den Frohen als auch bei den Nicht-Frohen am häufigsten P a r t n e r k o n f l i k t e .
  Der auffallendste Unterschied zeigte sich bei den f i n a n z i e l l e n S c h w i e r i g k e i t e n , die bei den Frohen in keinem der Fälle zum Anlaß für den Selbstmordversuch wurden, bei den Nicht-Frohen in Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit immerhin an 3. Stelle der Anlässe zum Selbstmordversuch stehen.

- K e i n statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich hinsichtlich des F a m i l i e n s t a n d e s.
  Die Frohen lebten aber signifikant häufiger in einer d a u e r h a f t e n P a r t n e r b e z i e h u n g .
  Die Frohen hatten häufiger K i n d e r , vor allem im Alter unter 10 Jahren.

- Der positivere Bezug zum Leben zeigte sich auch in der Gestaltung der Freizeit. So klagten die Nicht-Frohen signifikant häufiger über L a n g e w e i l e in der Freizeit.

- Ein signifikanter Unterschied zeigte sich hinsichtlich des der Suizidhandlung zugrunde liegenden M o t i v s .
  So stand bei der Gruppe der Frohen das Motiv A p p e l l (d. h. der Versuch, die Umwelt zu bewegen, aktiv an der Lösung des suizidalen Konfliktes mitzuarbeiten) im Vordergrund, während bei der Gruppe der Nicht-Frohen das Motiv F l u c h t (d. h. der Wunsch einer als unerträglich empfundenen Situation zu entfliehen) am häufigsten war.

- Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich auch besonders in Hinblick auf die Einstellung zum Selbstmordversuch und seine Durchführung.

Bei den Frohen war es signifikant häufiger der 1. Selbstmordversuch.
Die Art der Durchführung war bei den Frohen signifikant häufiger als "suizidale Geste", d. h. als weniger ernsthaft einzustufen.
Die Frohen verneinten häufiger die Selbsttötungsabsicht für den Augenblick des Selbstmordversuchs.
Bei den Frohen waren der Suizidhandlung seltener Todeswünsche und Selbstmordphantasien vorausgegangen, die "Idee" zur Suizidhandlung entstand häufiger aus der augenblicklichen Situation.

Bei den Frohen fand sich häufiger eine bestimmbare auslösende Situation am Tag des Selbstmordversuchs.
Bei den Frohen war die Bedenkzeit, d. h. die Zeit zwischen Entschluß und Tat signifikant kürzer.
Nach dem Selbstmordversuch distanzierten sich die Frohen stärker von ihrem Selbstmordversuch, zeigten mehr Lebensmut und die Fähigkeit, sich ganz konkret auf irgendetwas nach ihrer Entlassung zu freuen.
Die Frohen sind dem Arzt häufiger für ihre Rettung dankbar und vertreten auch häufiger die Ansicht, daß der Arzt grundsätzlich nach einem Selbstmordversuch Rettungsmaßnahmen einleiten soll.

- Der Unterschied der Grupen zeigte sich auch deutlich in der Interviewsituation. So empfanden die Frohen das Untersuchungsgespräch signifikant häufiger als "angenehm" als die Nicht-Frohen.

## 4.12.3. HINWEISE

Unsere Untersuchung zeigte, daß der Selbstmordversuch im allgemeinen n i c h t das Ergebnis einer nüchternen Lebensbilanz ist, sondern viel häufiger einer situationsbedingten affektiven Verstimmung entspringt, die aufgrund einer labilen Persönlichkeitsstruktur oder unter dem Einfluß von Alkohol der rationalen Kontrolle entgleitet.

Aus unserer Untersuchung ergeben sich die folgenden Hinweise:

- Es ist sinnvoll (auch wenn in Kauf genommen werden muß, in Einzelfällen gegen den Grundsatz "voluntas aegroti suprema lex" zu verstoßen), bei einem bewußtlosen Suizidanten Rettungsversuche zu unternehmen, da bei sehr vielen Suizidanten der Selbsttötungswille im Augenblick der Tat gar nicht vorhanden oder aber die freie Entscheidungsfähigkeit durch besonders heftige Affekte eingeschränkt ist. Ein großer Teil der Suizidanten (57 %) begrüßt eindeutig die Tatsache des Überlebens.

- Die Einstellung des Suizidanten zur Tatsache seines Überlebens korreliert nicht nur mit der Art seiner Probleme (so finden sich finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit und berufliche Belastungen sowie große intrapsychische Probleme vermehrt bei den Nicht-Frohen), sondern auch vor allem mit der Anzahl der belasteten Lebensbereiche. Das Vorhandensein einer dauerhaften Partnerbeziehung und die Fähigkeit zur sinnvollen Gestaltung der Freizeit erhöhen die Chance, daß das Weiterleben nach dem Suizidversuch bejaht wird.

- Suizidpatienten sind dem Arzt nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern vor allem auch für das anteilnehmende ärztliche Gespräch dankbar.

Dem Gespräch kommt im Rahmen der Selbstmordbetreuung insofern eine große stützende Bedeutung zu, als es dem Suizidanten ein An- und Ernstgenommenwerden signalisiert. Gerade dieser narzißtischen Zufuhr, d. h. dieser Stützung seines Selbstwertgefühls bedarf der Suizidant in besonderem Maße, da die suizidale Persönlichkeit sehr häufig durch ein besonders labiles Selbstwertgefühl gekennzeichnet ist und die zur Suizidhandlung führende Belastungssituation sehr häufig eine empfindliche Verletzung des Selbstwertgefühls bedeutete.

- 42 % der Suizidanten gaben an, daß der Selbstmordversuch an dem betreffenden Tag unterblieben wäre, wenn das verwendete Selbstmordmittel nicht erreichbar gewesen wäre.
Da die Mehrzahl der Selbstmordversuche durch einen situationsbedingten, starken Affekt ausgelöst wurde, dürfen wir annehmen, daß sich mancher Patient wieder beruhigt und keinen Selbstmordversuch unternommen hätte, wenn das Mittel nicht so leicht zugänglich gewesen wäre.
74 % hatten das verwendete Mittel zu Hause, bei 6 % wurde der Selbstmordversuch erst durch den Anblick des Mittels induziert.

Da Schlaf- und Beruhigungsmittel zu den häufigsten Selbstmordmitteln zählen, sollte ihre Verschreibung weniger großzügig gehandhabt werden.
Wir schließen uns der in der Literatur immer häufiger geäußerten Forderung an:
Schlaf- und Beruhigungsmittel nur, wenn unbedingt nötig und lediglich in kleinen Mengen zu verschreiben.
Auf diese Weise könnte sicher nicht die sehr ernsthaft geplante Suizidhandlung verhindert, aber doch die Realisierung oft raptusartig durchbrechender Selbstmordimpulse erschwert werden.
Dies erscheint uns um so erforderlicher, als auch der weniger ernsthaft konzipierte Selbstmordversuch zu einem tödlichen Ausgang führen kann, wenn der Patient die Gefährlichkeit des Mittels unterschätzt.

LITERATURVERZEICHNIS


Abraham, K. — Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen
Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig - Wien - Zürich, 1924

Amelunxen, C. — Der Selbstmord
Ethik - Recht - Kriminalstatistik
Kriminalistik, Verlag für kriminalistische Fachliteratur, Hamburg, 1962

Améry, J. — Hand an sich legen
Diskurs über den Freitod
Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1976

v. Andics, M. — Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens
Gerold & Co., Wien, 1938

Asuni, T. — Der Selbstmord in Westnigeria, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Balint, M. — Über Liebe und Haß (1951), in: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse
Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart, 1966

Bappert, W. — Die Zunahme der Suizidversuche und ihre seelischen Hintergründe, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Bayerisches Landeskriminalamt — Polizeiliche Kriminalstatistik 1980

Bayreuther, H. — Über den Selbstmord in der Nachkriegszeit
Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für d. ges. Neurologie, 195, (1956), 264 - 284

Bayreuther, H. — Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord. Eine Untersuchung an 1000 großstädtischen Selbstmorden der Nachkriegszeit, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.), Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965
und Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die ges. Neurologie 199, (1959), 72 - 102

Bernfeld, S. — Selbstmord
Z. psychoanal. Pädagogik, 3, (1929) Sonderheft Selbstmord

Bibring, E. — The Mechanism of Depression, in: Greenacre, P. (ed.): Affective Disorders, Int. Univ. Press, New York, 1953

Böcker, F. — Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973

Böcker, F. — Zur Häufigkeit von Selbstmordhandlungen
Wege zum Menschen, 26, (1974), 177 - 182

| | |
|---|---|
| Brenner, Ch. | Grundzüge der Psychoanalyse<br>S. Fischer Verlag, Frankfurt, 1973 |
| Bringewat, P. | Unbeachtlicher Selbsttötungswille und ernstliches Tötungsverlangen - ein Widerspruch? in: Eser, Albin (Hrsg.): Suizid und Euthanasie, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1976 |
| Brocher, T. | Psychoanalytische Aspekte der Depression<br>Wege zum Menschen, 18 (1966), 267 - 283 |
| Bron, B. | Suizidversuche bei jungen Menschen<br>Fortschr. Neurol. Psychiat. 44 (1976), 435 - 446 |
| De Boor, W. | Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft Frankfurt a. M., 1965 |
| Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) | Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1977<br>Palatio-Druck Heitzer GmbH, Kandel, 1977 |
| Dahlgren, K.G. | On Suicide and attempted Suicide<br>A.-B. P. H. Lindstedts Univ. Bokhandel, Lund, 1945 |
| Daumer, G.F. | Nicht mehr zu dir zu gehen, in: Fischer-Dieskau, D. (Hrsg.): Texte deutscher Lieder, Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1968 |

Davison, G.C. & Neale, J.M. — Abnormal Psychology: An Experimental-Clinical Approach
John Wiley & Sons, INC. New York, London, Sydney, Toronto, 1974

Dietrich, H. — Psychiatrie in Stichworten
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1975

Dörner, K. — in: Durkheim, E.: Der Selbstmord, Verlag Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1973

Dorsch, F. (Hrsg.) — Psychologisches Wörterbuch
Felix Meiner Verlag, Hamburg, 1970

Dotzauer, G., Goebels, H. und Legewie, H. — Selbstmord und Selbstmordversuch. Statistischer Vergleich von Hamburger Erfahrungen aus den Jahren 1935 - 1959, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Douglas, J.D. — The Social Meanings of Suicide, Princ. Un. Press, Princeton, New Jersey, 1967

Dubitscher, F. — Der Suicid, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Dubitscher, F. — Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971

Durkheim, E. — Der Selbstmord
Luchterhand Verlag GmbH, Neuwied und Berlin, 1973

Ehebald, U. — Über Konflikte selbstmordgefährdeter Menschen
Wege zum Menschen, 18, (1966), 283 - 306

Ellenberger, H. — Der Selbstmord im Lichte der Ethno-Psychiatrie, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Engisch, K. — Suizid und Euthanasie nach deutschem Recht, in: Eser, A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1976

Eser, A. (Hrsg.) — Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1976

Ettlinger, R.W. and Flordh, P. — Attempted Suicide
Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl. 103,(1955), 5 - 45

Federn, P. — Die Diskussion über Selbstmord, insbesondere "Schüler-Selbstmord", im Wiener Psychoanalytischen Verein im Jahre 1918
Z. psychoanal. Pädagogik 3, (1929), Sonderheft Selbstmord

Fenichel, O. — Psychoanalytische Neurosenlehre Bd. I - III Walter-Verlag AG, Olten, 1974, 1975, 1977

Feudell, P. — Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M., 1965

Feuerlein, W. — Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung Nervenarzt 42, 3, (1971), 127 - 130

Feuerlein, W. — Tendenzen von Suizidhandlungen Wege zum Menschen 26, (1974), 182 - 188

Feuerlein, W. — Alkohol und Suizid Münch. med. Wschr. 118 (1976), 52/53, 201 - 202

Fischer, R. — Die klassische und die ichpsychologische Theorie der Depression Psyche 10, (1976), 924 - 946

Freud, S. — Zur Einführung des Narzißmus (1914) Studienausgabe, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., 1974, Bd. III

Freud, S. — Trauer und Melancholie (1917) Studienausgabe, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., 1974, Bd. III

Freud, S. — Das Unbehagen in der Kultur (1930) Studienausgabe, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., 1974, Bd. IX

Fromm, E. — Haben oder Sein
Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1979

Goethe, J.W. von — Dichtung und Wahrheit
Carl Hanser Verlag, München, ohne Jahreszahl

Greenson, R. — Technik und Praxis der Psychoanalyse Bd. I
Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1973

Greger, J. — Zur Suizidgefährdung Endogen-Depressiver
Psychiat. Neurol. Basel 145, (1963), 279 - 292

Gruhle, H.W. — Selbstmord
Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1940 a

Gruhle, H.W. — Geographie des Selbtmordes
Nervenarzt, 13, 8, (1940 b), 337 - 341

Hausmann, Ch., Albert, R. und Kayser, H. — Suizidversuch
Psychiatrische Untersuchung bei 820 Frauen
Dtsch. med. Wschr. 93 (1968), 1883 - 1887

Heimerzheim, W. — Über den Selbstmordversuch bei nichtpsychotischen Persönlichkeiten
Med. Diss. Dissertationsverlag G.H. Nolte, Düsseldorf, 1933

Henry, J.P. & Stephens, P.M. — Stress, Health and the Social Environment
Springer Verlag, New York, Heidelberg, Berlin, 1977

Henseler, H. — Selbstmord-Forschung an der Universität Ulm
Ulmer Forum 9 (1969), 10 - 17

Henseler, H. — Selbstmord und Selbstmordversuche: Vorurteile und Tatsachen
Deutsches Ärzteblatt 11 (1971), 789 - 791

Henseler, H. — Der unbewußte Selbstmordversuch
Nervenarzt 42, 11, (1971), 595 - 598

Henseler, H. — Zur Entwicklung und Regulation des Selbstwertgefühls, in: Ohlmeier, D. (Hrsg.): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie
Verlag Rombach Freiburg, 1973

Henseler, H. — Narzißtische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords
Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
Reinbek bei Hamburg, 1974

Henseler, H. — Der psychoanalytische Beitrag zum Suizid Problem, in: Eicke D. (Hrsg.): Die Psychologie d. 20. Jhd., Band II, Kindler Verlag AG, Zürich, 1976

Henseler, H. — Die Interaktionsbeobachtung als diagnostische und therapeutische Chance bei Suizidgefährdeten, in: Ringel, E. (Hrsg.): Sucht und Suizid, Lambertus Verlag, Freiburg i. Br., 1976

Henseler, H. — Die Theorie des Narzißmus, in: Eicke, D. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. II, Freud und die Folgen, Kindler Verlag AG, Zürich, 1976

Heuser, M. — (1980) mündliche Mitteilung

Hoche, H. — Vom Sterben Verlag Fischer, Jena, 1919

Hofmann, T. — Katamnesen nach Suizidversuch - Hinweise für die Behandlung Med. Praxis 60 (1971), 433 - 444

Irle, G. — Einstellung zum Tod bei Patienten nach Selbstmordversuch Nervenarzt 39, (1968), 255 - 260

Jacobs, J. — Selbstmord bei Jugendlichen Kösel Verlag, München, 1974

Jacobson, Ed. — Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1977

Jones, E. — Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Bd. III Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1978

Kalnins, F. — Analyse von 2215 Suicidversuchen Erwachsener Hamburg, 1963, Diss.

Kielholz, P. und Pöldinger, W. — Depressionsdiagnostik und -therapie als Beitrag zur Selbstmordverhütung, in: Ringel, E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1969

Kockott, G., Heyse, H., Feuerlein, W. — Der Selbstmordversuch durch Intoxikation
Fortschr. Neurol. Psychiat. 38, 9, (1970), 441 - 465

Köhler, L. — Theorie und Therapie narzißtischer Persönlichkeitsstörungen
Psyche 32, 11, (1978), 1001 - 1058

König, R. — in: Durkheim, E.: Der Selbstmord, Verlag Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1973

Kohut, H. — Die Heilung des Selbst
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1979

Kohut, H. — Narzißmus
Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1974

Langenmayr, A. — Familiäre Umweltfaktoren und neurotische Struktur
Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, 1975

Lester, D. — Why People Kill Themselves
Charles C. Thomas, Springfield, Illinois USA, 1972

Levi, L.D., Fales, C.H., Stein, M., and Sharp, V.H. — Separation and Attempted Suicide.
Arch. Gen. Psychiat. 15, (1966), 158 - 164

Linden, K.-J. — Der Suizidversuch
Versuch einer Situationsanalyse
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1969

Loch, W. — Zur Entstehung aggressiv-destruktiver Reaktionsbereitschaft, Psyche 24, (1970), 241 - 259

Loch, W. — Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse
S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M., 1972

Lungershausen, E. — Intoxikation und Suicidversuch
Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie, 211, (1968) 38 - 42

Menninger, K. — Selbstzerstörung
Psychoanalyse des Selbstmords
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1974, (Original 1938)

Miller, A. — Am Anfang war Erziehung
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1980

Mitscherlich, A. — Aggression - Spontaneität - Gehorsam, in: Mitscherlich, A. (Hrsg.): Bis hierher und nicht weiter
Suhrkamp Taschenbuch Verlag, München, 1974

Müller-Fahlbusch, H. — Endogene depressive Phasen nach dem Tode eines Angehörigen
Nervenarzt, 42, 8,(1971), 426 - 431

Müller, K. — Telekolleg für Erzieher
Psychologie II
TR - Verlagsunion GmbH, München, 1973

Neue Juristische Wochenschrift — (1954) 1049

Nietzsche, F. — Also sprach Zarathustra
Naumann Verlag, Leipzig, 1907

Ohlmeier, D. (Hrsg.) — Psychoanalytische Entwicklungspsychologie
Verlag Rombach, Freiburg, 1973

Parnitzke, K.H. — Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre,
in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung,
Akademische Verlagsgesellschaft,
Frankfurt a. M., 1965

Peterich, E. — Götter und Helden der Griechen
Fischer Bücherei KG, Frankfurt a. M., 1964

Pino, R. — 6 Jahres-Katamnese an 100 Patienten mit Suizidversuch
Med. Diss., München, 1977

Plügge, H. — Über suizidale Kranke
Psyche, 5, 7, (1951), 433 - 450

Pohlmeier, H. — Depression und Selbstmord
Manz Verlag, München, 1971

Pohlmeier, H. — Sozialpsychiatrische Betrachtung der Selbstmordhandlung, in: Wege zum Menschen, 26, (1974), 188 - 195

Pohlmeier, H. — Die psychoanalytische Theorie der Depression, in: Eicke, D. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. II, Freud und die Folgen, Kindler Verlag AG, Zürich, 1976

Pohlmeier, H. — Selbstmord und Selbstmordverhütung
Urban und Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1978

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) — Verlag A. Bernecker, Melsungen, 1979

Riemann, F. — Grundformen helfender Partnerschaft
Verlag J. Pfeiffer, München, 1974

Ringel, E. — Der Selbstmord
Abschluß einer krankhaften Entwicklung
Verlag für Medizinische Wissenschaften Wilhelm Maudrich, Wien - Düsseldorf, 1953

Ringel, E. — Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem
Verlag Brüder Hollinek, Wien, 1961

Ringel, E. Das Werterleben der Selbstmörder, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Ringel, E. Über Selbstmordversuche von Jugendlichen, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Ringel, E. Möglichkeiten der Selbstmordverhütung, in: Ringel, E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1969 a

Ringel, E. Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom, in: Ringel, E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1969 b

Ringel, E. Selbstmordverhütung
Wege zum Menschen, 26, (1974), 206 - 220

Ringel, E. Selbstmordverhütung - eine allgemein verpflichtende Aufgabe, in: Ringel, E. (Hrsg.): Sucht und Suizid, Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br., 1976 a

Ringel, E. Selbstmord - Appell an die anderen
Chr. Kaiser Verlag, München 1976 b

Rosenkötter, L. — Über Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der Psychoanalyse
Psyche 23, 3, (1969), 161 - 168

Rüegsegger, P. — Selbstmordversuche
Klinische, statistische und katamnestische Untersuchungen an 132 Suicidversuch-Patienten der Basler psychiatrischen Universitätsklinik
Psychiat. Neurol. Basel 146, (1963), 81 - 104

Sadger, J. — Ein Beitrag zum Problem des Selbstmords, in: Z. psychoanal. Pädagogik 3, (1929), Sonderheft Selbstmord

Shneidman, E.S., and Farberow, N.L. — Clues to Suicide
Mc Graw-Hill Book Company, Inc.
New York 1963

Siegmund, G. — Sein oder Nichtsein
Paulinus-Verlag Trier, 1970

Simson, G. — Die Suizidtat
Eine vergleichende Betrachtung
Verlag C.H. Beck, München, 1976

Sperling, E. — Das therapeutische Gespräch mit Suicidalen
Nervenarzt 43, (1972), 409 - 411

Spoerri, Th. — Kompendium der Psychiatrie
S. Karger Verlag, Basel, 1975

Schiller, F. v. — Wallenstein
Paul Franke Verlag, Berlin
(ohne Jahreszahl)

Schlieffen, H. Graf von — Der Suizidversuch
Diss. Clausthal-Zellerfeld, 1969

Schneider, K. — Über den Wahn
Thieme Verlag, Stuttgart 1952

Schottlaender, F. — Die Mutter als Schicksal
Ernst Klett Verlag, Stuttgart,
1947

Statistisches Bundesamt
Wiesbaden (Hrsg.) — Die Situation der Kinder in der
Bundesrepublik Deutschland
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
und Mainz, 1979

Stengel, E. — Untersuchungen über den Selbstmordversuch und seine Beziehungen zum Selbstmord, in: Meng, H. (Hrsg.): Psychohygienische Vorlesungen, Benno Schwabe & Co. Verlag, Basel, 1958

Stengel, E. — Selbstmord und Selbstmordversuch, in: Psychiatrie der Gegenwart, Springer Verlag, Berlin, 1962, Bd. III, 52 - 74

Stengel, E. — Neuere Forschungsarbeiten über das Selbstmordproblem, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Stengel, E. — Selbstmord und Selbstmordversuch
S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M.,
1969 a

Stengel, E. — Grundsätzliches zum Selbstmordproblem, in: Ringel, E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1969 b

Stolorow, R. — Die narzißtische Funktion des Masochismus (und Sadismus), in: Grunert, J. (Hrsg.): Leiden am Selbst, Kindler Verlag, München, 1981

Tétaz, N. — Du darfst leben
Flamberg Verlag, Zürich, 1970

Thomas, K. — Menschen vor dem Abgrund
Christian Wegner Verlag, Hamburg, 1970

Thomas, K. — Handbuch der Selbstmordverhütung
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1964

Wallace, S.E. — Selbstmord und Totschlag und das Recht auf Leben, Sterben und Töten, in: Eser, A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1976

Walton, H.J. — Suicidal behaviour in depressive illness
J. ment. Sci. 104, (1958), 884 - 891

Weichbrodt, R. — Der Selbstmord, in: Anhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten, (1923), 22, 1 - 44

Weichbrodt, R. — Der Selbstmord
S. Karger Verlag, Basel, 1937

Wiele, E.F. — Sozialpsychologische Erfahrungen aus der Betreuung Suicidgefährdeter, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1965

Zwingmann, Ch. — Selbstvernichtung. Einführung in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt/Main, 1965

# ANHANG

FRAGENKATALOG

| | | |
|---|---|---|
| 1. Kartennummer | | 1 |
| 2. Laufende Nr. | | |
| 3. Untersuchungsgruppe | Froh | 0 1 |
| | Froh m. E. | 0 2 |
| | Nicht-Froh | 0 3 |
| 4. Krankenhaus | r. d. I. | 0 1 |
| | Nußbaumstraße | 0 2 |
| 5. Befragungszeitpunkt nach dem Selbstmordversuch | bis 3 Tage | 0 1 |
| | 4 bis 8 Tage | 0 2 |
| | 9 Tage bis 4 Wochen | 0 3 |
| 6. Geschlecht | männlich | 0 1 |
| | weiblich | 0 2 |
| 7. Alter | | |
| 8. Familienstand | unbekannt | 0 0 |
| | verheiratet | 0 1 |
| | ledig | 0 2 |
| | verwitwet | 0 3 |
| | geschieden/ getrennt lebend | 0 4 |
| 9. Kinder | unbekannt | 0 0 |
| | unter 10 Jahren | 0 1 |
| | über 10 Jahren | 0 2 |
| | keine Kinder | 0 3 |
| 10. Schulbildung | unbekannt | 0 0 |
| | Studium | 0 1 |
| | Abitur | 0 2 |
| | Mittlere Reife | 0 3 |
| | Volksschule | 0 4 |
| | Sonderschule | 0 5 |

| | | |
|---|---|---|
| 11. Beruf | unbekannt | 0 0 |
| | ohne Berufsausbildung | 0 1 |
| | in Schule oder Ausbildung | 0 2 |
| | Hausfrau | 0 3 |
| | durchschn. Berufsausbildung | 0 4 |
| | akademische Berufsausbildung | 0 5 |
| 12. Psychose | keine Psychose | 0 1 |
| | Verdacht auf Psychose | 0 2 |
| | Psychose | 0 3 |
| 13. Allgemeine Diagnose | Abnorme Erlebnisreaktion | 0 1 |
| | Neurosen/neurotische Entwicklung | 0 2 |
| | Medikamenten-/Drogenabusus | 0 3 |
| | Alkoholismus | 0 4 |
| | Endogene Depression | 0 5 |
| | Exogene Psychosen | 0 6 |
| | Schizophrener Formenkreis | 0 7 |
| 14. Depressive Erkrankung | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |

ZUM SELBSTMORDVERSUCH

| | | |
|---|---|---|
| 15. Erster Selbstmordversuch | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| 16. Wenn wiederholter Selbstmordversuch, letzter Selbstmordversuch innerhalb des letzten Jahres | Unklar | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 17. Selbstmordgedanken bzw. Todeswünsche vor dem Selbstmordversuch | Unklar | 0 0 |
| | Keine | 0 1 |
| | Tage | 0 2 |
| | Wochen | 0 3 |
| | Monate | 0 4 |
| | Jahre | 0 5 |
| 18. Zeitabstand zwischen Entschluß und Tat | Unklar | 0 0 |
| | Weniger als 1 Stunde | 0 1 |
| | 1 - 6 Stunden | 0 2 |
| | 6 - 24 Stunden | 0 3 |
| | Länger als 24 Stunden | 0 4 |

| | | |
|---|---|---|
| 19. Verfügbarkeit des Mittels | Unklar | 0 0 |
| | Entschluß durch Anblick des Mittels | 0 1 |
| | Mittel zu Hause vorhanden | 0 2 |
| | Mittel wurde besorgt | 0 3 |
| 20. Verwendetes Mittel | Tabletten, Gift o. ä. | 0 1 |
| | Schnitte und Stiche | 0 2 |
| | Sturz | 0 3 |
| | Erhängen | 0 4 |
| | Sonstige | 0 5 |
| | Kombination von Mitteln | 0 6 |
| 21. Methoden | Harte Methoden | 0 1 |
| | Weiche Methoden | 0 2 |
| | Kombination beider Methoden | 0 3 |
| 22. Abschiedsbrief | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| 23. Ort des Selbstmordversuchs | Zu Hause | 0 1 |
| | Im Hause Nahestehender | 0 2 |
| | An öffentlichen Örtlichkeiten | 0 3 |
| | Klinik | 0 4 |
| | Abgelegener Ort | 0 5 |
| 24. Alkohol zur Tatzeit | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| 25. Selbstmord oder Selbstmordversuch in der Familie | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 26. Selbstmord oder Selbstmordversuch im Freundes- oder Bekanntenkreis | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 27. Sehr ernsthafte Selbstmorddrohungen des Partners oder Familienangehörigen | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 28. Patient hat zum Zeitpunkt des Selbstmordes Wut empfunden | Unbekannt | 0 0 |
| | Unklar | 0 1 |
| | Keine Wut | 0 2 |
| | Gegen sich | 0 3 |
| | Gegen andere | 0 4 |
| | Gegen sich und andere | 0 5 |
| 29. Selbstmordversuch könnte Aggression gegen sich selbst gewesen sein | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unklar | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 30. Glaube an ein Weiterleben nach dem Tode | Unbekannt | 0 0 |
| | Unentschieden | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| | Nein | 0 3 |
| 31. Arzt soll grundsätzlich Rettung nach Selbstmordversuch einleiten | Unbekannt | 0 0 |
| | Nicht grundsätzlich | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 32. Patient ist für die Rettung dankbar | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Unentschieden | 0 2 |
| | Nein | 0 3 |

ZUR ERNSTHAFTIGKEIT

| | | |
|---|---|---|
| 33. Versuch war | Unklar | 0 0 |
| | Suizidale Geste | 0 1 |
| | Ausgang offen gelassen | 0 2 |
| | Sehr ernsthaft | 0 3 |
| 34. Wollte nach seinen Angaben wirklich sterben | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 35. Wollte nach Angaben des Arztes sterben | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |

| | | |
|---|---|---|
| 36. Patient war sicher, daß er durch das verwendete Mittel sterben würde | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 37. Falls Tabletten, war das Mittel nach Angaben des Arztes effizient? | Keine Tabletten | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 38. Ist nach Angaben des Arztes froh, daß er noch am Leben ist | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Nein | 0 3 |
| 39. Wenn das Mittel nicht zur Verfügung gestanden hätte, wäre an dem Tag der Selbstmordversuch unterblieben? | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 40. Ausführung erfolgte | Unklar | 0 0 |
| | Spontan ohne Plan | 0 1 |
| | Planvoll | 0 2 |
| 41. Mitteilung mit Effekt Rettung | Unbekannt | 0 0 |
| | Unklar | 0 1 |
| | Setzen von Hinweisreizen | 0 2 |
| | Mitteilung von selbst | 0 3 |
| | Selbstmordversuch vor den Augen anderer | 0 4 |
| | Keine | 0 5 |
| 42. Menschliche Nähe beim Selbstmordversuch, örtlich zeitlich | Unklar | 0 1 |
| | Nahestehende | 0 1 |
| | Anonyme Personen | 0 2 |
| | Völlig allein | 0 3 |
| 43. Kurzschlußhandlung | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Unsicher | 0 2 |
| | Nein | 0 3 |

NACH DEM SELBSTMORDVERSUCH

| | | | |
|---|---|---|---|
| 44. Mehr Lebensmut als vorher | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Ja | 0 | 1 |
| | Unklar | 0 | 2 |
| | Nein | 0 | 3 |
| 45. Freut sich konkret auf etwas nach der Entlassung | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Ja | 0 | 1 |
| | Unklar | 0 | 2 |
| | Nein | 0 | 3 |
| 46. Nachträgliche Einstellung zum Selbstmordversuch | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Unklar | 0 | 1 |
| | Neuer Anfang | 0 | 2 |
| | Als Dummheit abgelehnt | 0 | 3 |
| | Schon vergessen | 0 | 4 |
| | Probleme noch verstärkt | 0 | 5 |
| | Klage über Mißglücken | 0 | 6 |
| 47. Jegliche Selbstmordabsicht geleugnet | Unklar | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| | Nein | 0 | 3 |
| 48. Bestimmbare auslösende Situation am Tage des Selbstmordversuchs | Ja | 0 | 1 |
| | Unklar | 0 | 2 |
| | Nein | 0 | 3 |

AKTUELLE PROBLEMATIK BZW. STRESSFAKTOREN INNERHALB DES LETZTEN JAHRES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Selbstmord-Motiv | Unklar bzw. in der Psychose | 0 | 0 |
| | Flucht | 0 | 1 |
| | Appell | 0 | 2 |
| | Aggression | 0 | 3 |
| | Autoaggression | 0 | 4 |
| 50. Psychotische Erkrankung | Unsicher | 0 | 1 |
| | Nein | 0 | 2 |
| (1) | Ja | 0 | 3 |
| 51. Arbeitslosigkeit | Nein | 0 | 1 |
| (2) | Ja | 0 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 52. Berufliche Belastungen | | Keine | 0 1 |
| | (3) | Besonderer Streß | 0 2 |
| | (4) | Ungeliebter Beruf | 0 3 |
| | (5) | Angst vor Berufsversagen | 0 4 |
| | (6) | Kein Beruf | 0 5 |
| 53. Finanzielle Verhältnisse | | Sehr gut | 0 1 |
| | | Zufriedenstellend | 0 2 |
| | (7) | Schlecht | 0 3 |
| 54. Tod eines Nahestehenden | | Nein | 0 1 |
| | (8) | Ja | 0 2 |
| 55. Strafrechtliche bzw. berufs-disziplinäre Sanktionen | | Nein | 0 1 |
| | (9) | Ja | 0 2 |
| 56. Wohnverhältnisse | | Zufriedenstellend | 0 1 |
| | (10) | Sehr belastend | 0 2 |
| | (11) | Ohne feste Unterkunft | 0 3 |
| 57. Wohnte | | Allein | 0 1 |
| | | Ehepartner/Freund | 0 2 |
| | | Eltern/Verwandte/WG | 0 3 |
| | | Bundeswehr | 0 4 |
| | | Ohne feste Unterkunft | 0 5 |
| 58. Schwere gesundheitliche Probleme | | Nein | 0 1 |
| | (12) | Ja | 0 2 |
| 59. Große intrapsych. Probleme | | Nein | 0 1 |
| | (13) | Ja | 0 2 |
| 60. Probleme in der Bundeswehr | | Nein | 0 1 |
| | (14) | Ja | 0 2 |
| 61. Leidet besonders unter Partnerlosigkeit | | Nein | 0 1 |
| | (15) | Ja | 0 2 |
| 62. Partnerkonflikte | | Nein | 0 1 |
| | (16) | Ja | 0 2 |
| 63. Familienkonflikte | | Nein | 0 1 |
| | (17) | Ja | 0 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 64. Sonstige schwerwiegende Probleme | (18) | Nein | 0 1 |
| | | Ja | 0 2 |
| 65. Führende Ursache vor allem: | | | |
| 66. Partnerbeziehung | | Dauerhaft konfliktfrei | 0 1 |
| | | Dauerhaft konfliktreich | 0 2 |
| | | Beendet oder Weiterbestehen ungewiß | 0 3 |
| | | Keine Partnerbeziehung | 0 4 |
| 67. Im letzter Zeit schwere narzißtische Kränkung erfolgt | | Unklar | 0 1 |
| | | Nein | 0 2 |
| | | Ja | 0 3 |

ALLGEMEINE PROBLEME

| | | |
|---|---|---|
| 68. Depressive Verstimmungen | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unklar | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 69. Wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| 70. Alkoholabusus | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 71. Medikamenten-/ Drogenabusus | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 0 |
| | Ja | 0 2 |
| 72. Antriebsmangel | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 73. Schlafstörungen | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 74. Häufige Langeweile in der Freizeit | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 75. Enge Freunde | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 76. Kartennummer | | |
| 77. Laufende Nummer | | |
| 78. Treffen mit Freunden oder Bekannten in letzter Zeit | Unbekannt | 0 0 |
| | Häufig | 0 1 |
| | Selten | 0 2 |
| | Nie | 0 3 |

ZUR KINDHEIT

| | | |
|---|---|---|
| 79. Geburt | Unklar | 0 1 |
| | Ehelich | 0 2 |
| | Unehelich | 0 3 |
| 80. Aufgewachsen bei | Eltern | 0 1 |
| | einem Elternteil | 0 2 |
| | einem Elternteil mit Stiefeltern | 0 3 |
| | Großeltern/Verwandten | 0 4 |
| | Heim | 0 5 |
| | Wechselnd | 0 6 |
| 81. Kindheit war | Unauffällig | 0 1 |
| | Psychisch belastet | 0 2 |
| | Sehr belastet mit Ausgleich | 0 3 |
| | Sehr belastet | 0 4 |
| 82. Trennung von einem Elternteil durch Tod oder Scheidung | Unehelich | 0 0 |
| | Keine Trennung | 0 1 |
| | Zwischen 7. und 14. Lebensjahr | 0 2 |
| | Vor dem 7. Lebensjahr | 0 3 |

| | | |
|---|---|---|
| 83. Erwünschtes Kind | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Unklar | 0 2 |
| | Nein | 0 3 |
| 84. Stellung in der Geschwisterreihe | Unbekannt | 0 0 |
| | Einzelkind | 0 1 |
| | Ältester | 0 2 |
| | Mittlerer | 0 3 |
| | Jüngster | 0 4 |
| 85. Psychische Stellung in der Geschwisterreihe | Unbekannt | 0 0 |
| | Einzelkind | 0 1 |
| | Alle gleich | 0 2 |
| | Patient war Lieblingskind eines Elternteils | 0 3 |
| | Geschwister war Lieblingskind | 0 4 |
| | Wechselnd | 0 5 |
| 86. Wirtschaftliche Situation in der Kindheit | Unbekannt | 0 0 |
| | Sehr gut | 0 1 |
| | Zufriedenstellend | 0 2 |
| | Schlecht | 0 3 |
| | Wechselnd | 0 4 |
| 87. Neurotische Symptome | Unbekannt | 0 0 |
| | Keine | 0 1 |
| | Bettnässen | 0 2 |
| | Nägelkauen | 0 3 |
| | Sonstige | 0 4 |
| 88. Als Kind von Vater oder Mutter abgelehnt | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Unklar | 0 2 |
| | Ja | 0 3 |
| 89. Patient war "auffallend braves" Kind | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 90. Patient konnte als Kind Aggressionen äußern | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 91. Patient mußte etwas leisten, um geliebt zu werden | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 92. Patient konnte Eltern nie zufriedenstellen | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| | Ohne Mutter aufgewachsen | 0 3 |
| 93. Patient wurde von der Mutter als eigenständiges Wesen akzeptiert | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| | Ohne Mutter aufgewachsen | 0 3 |
| 94. Mutter zeigte Interesse, wenn Kind etwas erzählte | Unbekannt | 0 0 |
| | Ja | 0 1 |
| | Nein | 0 2 |
| | Kind hat nichts erzählt | 0 3 |
| | Ohne Mutter aufgewachsen | 0 4 |
| 95. Probleme wurden besprochen mit | Unbekannt | 0 0 |
| | Mit der Mutter | 0 1 |
| | Mit dem Vater | 0 2 |
| | Mit einer anderen Person | 0 3 |
| | Mit niemandem | 0 4 |
| 96. Häufiger Streit der Eltern | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| | Nicht bei Eltern aufgewachsen | 0 3 |
| 97. Mutter durch Beruf oder Arbeit überfordert | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| | Nicht bei Mutter aufgewachsen | 0 3 |

ZUR PERSON

| | | |
|---|---|---|
| 98. Es fällt dem Patienten schwer, anderen etwas abzuschlagen, das er nicht tun oder geben will | Unbekannt | 0 0 |
| | Gar nicht | 0 1 |
| | Mittel | 0 2 |
| | Sehr | 0 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 99. Patient kann sich wehren, wenn andere ihm zuviel Arbeit aufbürden | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Sehr gut | 0 | 1 |
| | Mittel | 0 | 2 |
| | Gar nicht | 0 | 3 |
| 100. Patient schluckt Ärger meist um des lieben Friedens willen hinunter | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Nein | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| 101. Patient gehen Kränkungen auch von Leuten sehr nahe, die weniger wichtig sind | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Nein | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| 102. Patient mag sich selbst | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Häufiger Ja | 0 | 1 |
| | Unklar | 0 | 2 |
| | Häufiger Nein | 0 | 3 |
| 103. Patient leidet unter Minderwertigkeitsgefühlen | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Nein | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| 104. Patient fühlt sich häufig hilflos | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Kein Gefühl der Hilflosigkeit | 0 | 1 |
| | Gegenüber den Eltern | 0 | 2 |
| | Gegenüber dem Partner | 0 | 3 |
| | In beruflichen Situationen | 0 | 4 |
| | Addition von Bereichen | 0 | 5 |
| 105. Patient muß häufig erst daran denken, was die andern sagen werden, ehe er etwas tut | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Nein | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| 106. Patient versucht, sich meist den anderen anzupassen, damit er akzeptiert wird | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Nein | 0 | 1 |
| | Ja | 0 | 2 |
| 107. Patient stört vor allem an sich selbst | Unbekannt | 0 | 0 |
| | Aggression und Durchsetzung | 0 | 1 |
| | Mangelndes Selbstwertgefühl | 0 | 2 |
| | Antriebs- und Willensschwäche | 0 | 3 |
| | Äußeres | 0 | 4 |
| | Psychische Labilität/ Sonstiges | 0 | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| 108. Patient leidet häufig unter dem Gefühl der Einsamkeit | Unbekannt | 0 0 |
| | Nein | 0 1 |
| | Ja | 0 2 |
| 109. Gespräch war | Unbekannt | 0 0 |
| | Angenehm | 0 1 |
| | Gleichgültig | 0 2 |
| | Belastung | 0 3 |
| | Gemischt | 0 4 |

"OFFENE" FRAGEN

Die folgenden Fragen sollten den Patienten zum freien Erzählen anregen:

I. Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit?

II. Welche Probleme gibt es in Ihrem Beruf?

III. Warum wollten Sie nicht mehr leben?
Hat Sie in letzter Zeit etwas besonders gekränkt?
Was war der letzte Auslöser für den Selbstmordversuch?
Wenn an diesem Tag etwas anders gelaufen wäre, hätten Sie es dann nicht getan? Was hätte anders sein müssen?
Seit wann haben Sie Todeswünsche oder -phantasien?

IV. Wie waren Ihre Eltern?
Sind Sie Ihren Eltern für irgendetwas besonders dankbar?
Was nehmen Sie Ihren Eltern besonders übel?

V. Wer ist zur Zeit Ihr engster Partner? Was bedeutet er für Sie?

VI. Was stört Sie an sich selbst?
Wie müßten Sie sein, damit Sie mit sich zufrieden sein könnten?

VII. Wovor haben Sie besonders Angst?

VIII. Was sind zur Zeit Ihre größten Probleme, die gelöst werden müßten?
Glauben Sie, daß Sie lösbar sind?
Auf was freuen Sie sich, wenn Sie wieder entlassen werden?
Wie stellen Sie sich konkret die Zukunft vor?

IX. Was bedeutet dieser Selbstmordversuch für Sie?

X. Wie haben Sie sich während des Gesprächs gefühlt?

FRAGEN AN DEN BEHANDELNDEN ARZT

Allgemeine Diagnose?
(Psychose, Neurose, Alkoholismus, schwere körperliche Erkrankung usw.)

Offizielles Suizidmotiv?

War das verwendete Mittel in der eingenommenen Dosis effizient?

Wollte der Patient im Augenblick des Selbstmordversuchs wirklich sterben?

Glauben Sie, daß der Patient froh ist, daß er gerettet wurde?

Wenn man dem Selbstmordversuch ein Motiv unterstellt, welches der nachfolgenden trifft dann vor allem zu:

- Flucht (vor den Problemen, Wunsch nach Ruhe)
- Appell (Hilferuf)
- Aggression (d. h. der Wunsch, jemanden durch den eigenen Tod zu treffen)
- Autoaggression (Haß auf sich selbst)?

# LEBENSLAUF

Am 23. 9. 1935 wurde ich in München als Tochter des Maschineningenieurs Friedrich Fischer und seiner Ehefrau Elfriede, geb. Althammer, geboren.

Nach der Volksschule besuchte ich 7 Klassen des humanistischen Gymnasiums, anschließend das Sprachen- und Dolmetscher-Institut in München, wo ich 1958 die Übersetzerprüfung in Spanisch ablegte.

1959 - 1970 arbeitete ich mit Unterbrechungen als Übersetzerin und Dolmetscherin im Konsulat von Ecuador in München.

1973 legte ich die Prüfung für die Zulassung zum Hochschulstudium ohne Reifezeugnis (Begabtenprüfung) am Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus ab und begann im WS 1973 das Studium der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Im Herbst 1975 bestand ich die Diplom-Vorprüfung, im Herbst 1977 die Diplomprüfung in der Psychologie. Das Studium schloß ich mit der Diplom-Arbeit ab.

Seit März 1979 bin ich in einer Erziehungsberatungsstelle des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes tätig.

**D. GRÄBNER**
DISSERTATIONS U. OFFSETDRUCKEREI

Gotenstraße 3
8602 Altendorf bei Bamberg
Telefon: 09545/8791